FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

N° 10

ANNEE 1975

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean-Claude MOORS

né le 19 Novembre 1943
à Brive - la - Gaillarde

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES GRANDES EPIDEMIES AU XIX^EME SIECLE

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR J. POULET

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE 1975 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jean-Claude MOORS

né le 19 Novembre 1943
à Brive - la - Gaillarde

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES GRANDES EPIDEMIES AU XIX^EME SIECLE

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR J. POULET

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PARIS VI

F A C U L T E D E M E D E C I N E S A I N T - A N T O I N E

Professeurs titulaires.

MM.	ANDRE R.	Hématologie	
	BRICOUT F.	Bactério-Virologie	
	BRISSAUD H.	Pédiatrie	
	BROCARD R.	Médecine	
	CATINAT J.	Cardiologie	
	CERBONNET G.	Chirurgie	
	CHALUT J.	Radiologie	
	CHERIGIE Ed.	Radiologie	
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile	
	CONTAMIN Fr.	Neurologie	
	CONTE M.	Médecine	
	DAGUET L.	Bactériologie	
	DEBRAY J.	Médecine	
	DRY J.	Médecine	
	DUHAMEL G.	Hématologie	
	FLABEAU F.	Chirurgie	
	GERBEAUX J.	Thérapeutique	
	GIRARD F.	Physiologie	
MM.	GOSSET J.	Chirurgie	
	GOLVAN Y.J.	Parasitologie	
	HUGELIN A.	Physiologie	
	LAPLANE R.	Pédiatrie	
	LE LORIER G.	Obstétrique	
	LOEPER J.	Médecine expérimentale	
		Immunologie	
	LOYGUE J.	Chirurgie	
	MAROIS M.	Histologie	
	MERGER R.	Obstétrique	
	MILHAUD G.	Biophysique	
	NICK J.	Neurologie	
	ORCEL L.	Anatomie Pathologique	
	PERRAULT M.	Médecine	
	PICARD J.	Biochimie	
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie	
	POLONOVSKI J.	Biochimie	
	RICHET G.	Néphrologie	

Professeurs sans chaire.

MM.	ARDAILLOU R.	Physiologie	
me	CHAPUT A.	Stomatologie	
MM.	GUIRAUDON G.	Anatomie	
	LASFARGUES G.	Pédiatrie	
MM.	MALAFOSSE M.	Chirurgie	
	PIERON R.	Pneumo-phtisiologie	
	ROUX Ch.	Embryologie	
	WARGON H.	Médec. Expérimentale	

Maîtres de Conférence.

MM.	AKOUM G.	Médecine	
	ALBY J.M.	Psychiatrie	
	AMSTUTZ P.	Réanimation	
	APOIL A.	Orth. Traumatologie	
ne	ARON D.	Ophtalmologie	
MM.	ATTAL C.	Pédiatrie	
	BAUX S.	Chirurgie	
	BOURY G.	Chirurgie	
	CHEYMOL G.	Pharmacologie	
	CHOUARD Cl.	O.R.L.	
	CLOAREC M.	Médecine	
ne	COMBRISSON A.	Hématologie	
MM.	DECROIX G.	Pneumo-phtisiologie	
	DELIGNE P.	Anesthésiologie	
	DOYON D.	Radiologie	
	FONTAINE J.L.	Pédiatrie	
	GAUTIER H.	Physiologie	
	GRUNER M.	Chirurgie infantile	
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie	
	HERMAN D.	Médecine	
	HUGUET Cl.	Chirurgie	
MM.	HUGUIER M.	Chirurgie	
	KRULIK M.	Médecine Générale	
	LAUGIER A.	Radiologie	
	LEVY V.G.	Médecine	
	MENSCH B.	Biophysique	
	MERY J. Ph.	Néphrologie	
Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie	
MM.	NALMAN A.	Hématologie	
	NICOLLE M.	Neurologie	
	OPOLON J.	Médecine	
	PAQUELIN Fr.	O.R.L.	
	PISSARRO B.	Médecine préventive	
	RAMPINI Cl.	Biochimie	
	RICHARDET J.M.	Pédiatrie	
	ROLAND J.	Anat. Pathologique	
	SALAT J.	Obstétrique	
	SALMON Ch.	Hématologie	
	SANTARELLI J.	Obstétrique	
	WEINMANN S.	Biochimie	
	WITCHITZ S.	Cardiologie	

	BARRITAULT L.	Biophysique (ff)	
	BODIN F.	Médecine (ff)	
	BIGOT R.	Radiologie (ff)	
	THOMAS M.	Médecine (ff)	
	VERGEZ P.	Bactériologie (ff)	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544725_0016

Enseignants Associés

M.C.A. M. ELIAKIS E. Médecine Légale

Enseignants Contractuels

M.C.A. M. KIRSCH F. Physiologie Biochimie

Directeurs d'Enseignement Clinique

MM. ETIENNE	MM. BENSAUDE	MM. ZENATTI
LEGRAND	DUPUIS	NATALI
BERTHET	MICHAUD	ROMEO
FASANO	CRIMAIL	LAMBERT
ROISIN	WEILL	CHASSERANT
VIALAS	FORTESA	Mme. TAQUET

Chargés d'Enseignement

MM. BRUEZIERE	Chirurgie infantile	MM. DUNET	Endocrinologie
CRISTOL	Cardiologie	LOFFREDO	Obstétrique

Attachés d'Enseignement

MM. CASASSUS	Cardiologie	MM. MIGNOT	Neurologie
COUVREUR	Thérapeutique	SAUVAN	Cardiologie
Des LAURIERS	Neurologie	VANNIER	Pneumologie
GALLOUEDEC	Pneumologie	POULET	
ABITBOL		RACHINEL	
MARTEAU		DUCAN	
GAMERMANN		LEWKOWICZ	
JOANNIDES		MEILLAUD	
MAUGENEST			

A ma mère et à mon père,

A ma famille,

A mes amis.

En témoignage de mon affection.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques POULET,

Titulaire de la Chaire d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Médecine de PARIS.

qui m'a fait le grand honneur

d'accepter la présidence de cette Thèse.

en témoignage de ma reconnaissance

et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé Pierre DELIGNE

Chef du Département d'Anesthésiologie de l'Hôpital TENON

dont j'ai l'honneur d'être l'élève

en témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. AMSTUTZ,

En témoignage de ma reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

A Monsieur le Professeur Agrégé BITKER,

A Monsieur le Professeur Agrégé WOLFROM,

A Monsieur le Docteur S. LEWI,

A Madame le Docteur GARCIA-CALDERON.

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	9
LA VARIOLE	12
LA FIEVRE JAUNE	26
LA PESTE	36
LE CHOLERA	57
LE TYPHUS	69
LA GRIPPE	76
LES CONVENTIONS INTERNATIONALES	83
CONCLUSION	94
BIBLIOGRAPHIE	96

INTRODUCTION

La découverte de la vaccination antivariolique par JENNER en 1796 annoncait la véritable éclosion d'une sorte de génie médical et biologique. Le XIXème siècle pourrait être nommé le siècle de Claude BERNARD et de PASTEUR.

Claude BERNARD est le fondateur de la physiologie moderne. Il propose le déterminisme comme base à l'étude des phénomènes de la vie. C'est en 1865 qu'il publie l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale où il expose le but et la discipline de toute recherche scientifique. A coté du nom de Claude BERNARD il faut inscrire celui de WIRCHOW, fondateur de la pathologie cellulaire.

Louis PASTEUR a ouvert à la biologie et à la médecine des voies illimitées. Après avoir établi la nature des fermentations en 1857, il fixe le rôle des microbes dans la pathologie, dans les maladies infectieuses et contagieuses et dans les suppurations. En 1879, il présente à l'Académie de Médecine le germe de la fièvre puerpérale contre laquelle avait lutté SEMMELWEIS.

Dès lors, les progrès de la microbiologie se précipitent : En 1865, VILLEMIN, professeur au Val de Grâce, démontre expérimentalement la virulence et la spécificité de la tuberculose et affirme sa contagiosité.

En 1871, HANSEN découvre le microbe de la Lèpre,

En 1879, NEISSER isole le gonocoque,

En 1880, LAVERAN découvre l'hématozoaire du paludisme, et EBERTH le bacille de la fièvre typhoïde,

En 1882, Robert KOCH identifie le bacille de la

tuberculose et apporte ainsi la preuve de l'excellence des travaux de VILLEMIN.

En 1883, KOCH découvre le bacille du Choléra, KLEBS et LOFFLER le bacille de la diphtérie,

En 1884, NICOLAIER met en évidence le germe du tétanos.

En 1885, PASTEUR met au point la vaccination antirabique,

En 1894, YERSIN identifie le microbe de la Peste. La même année, ROUX met au point la sérothérapie de la diphtérie et NOCARD celle du tétanos.

Dans les premières années du XXème siècle, en 1902, Charles RICHET découvre l'anaphylaxie et, en 1905, HOFFMANN et SCHAUDINN isolent le tréponème de la syphilis.

Ce XIXème siècle, insolite, complexe, contradictoire dans beaucoup de domaines, se révèle comme étant l'aube véritable des grands progrès médicaux. Il sera aussi une illustration de la lutte permanente pour l'éradication de la plupart des épidémies. Si, loin de voir régresser ces fléaux, on a vu se multiplier avec force des foyers jusque là latents, tel le Choléra, et surgir du passé les ombres de la Peste et de Fièvre Jaune; c'est que les facteurs de diffusion des épidémies deviennent plus nombreux. L'univers géographique connu s'étend considérablement. Après les explorations par mer et les dernières découvertes de l'Océanie au XVIIIème siècle, les explorations par voie terrestre se multiplient : BRAZZA, LIVINGSTONE, STANLEY pénètrent l'Afrique par ses grands fleuves. Ils découvrent ce continent dont on ne connaissait que le dixième du territoire en 1830. Dans le nouveau monde c'est la LOUISIANE qui est mise en valeur et vers 1810, les territoires septentrionaux de l'Amérique du Nord.

Les échanges augmentent parallèlement à une démographie beaucoup plus forte que par le passé et, avec eux, les risques de contagion. Jadis, la lenteur des communications constituait une barrière efficace contre les épidémies. Les calmes plats de la Mer Rouge laissaient aux voiliers porteurs de fièvres,

le temps de leur extinction. La navigation à vapeur, non soumise aux hasards de la météorologie devient un vecteur primordial pour la transmission des épidémies. En 1869, l'ouverture du canal de Suez rend caduque la route du Cap et raccourcit encore la durée des voyages par mer.

En outre, à cette époque, le monde est déchiré par des conflits, tant en Europe qu'à l'extérieur, apportant le malheur, la pauvreté, le manque d'hygiène et la sous-nutrition; faisant par là même la part belle aux épidémies.

Nous nous proposons de rappeler les principales épidémies qui sévirent dans le monde au cours du XIXème siècle et qui avaient noms : la Variole, le Choléra, la Peste, le Typhus exanthématique, la Fièvre Jaune et la Grippe. Nous terminerons par un chapitre consacré aux Conventions Internationales qui codifièrent les mesures de défense contre les épidémies et créérent les organismes internationaux responsables.

LA VARIOLE

L A V A R I O L E

La Variole est une maladie endémo-épidémique grave dont la contagiosité est extrême. Elle est grevée de la mortalité la plus lourde et figure dans l'histoire de l'humanité comme un des plus meurtriers de tous les fléaux pestilentiels. Lorsqu'elle n'est pas mortelle, elle se solde par des séquelles très sévères, d'ordre esthétique ou fonctionnel, telle la cécité.

Le virus variolique est très résistant au froid et à la dessication. Il est peu sensible aux agents chimiques. Il n'est naturellement pathogène que pour l'homme chez qui il détermine des lésions cutanées de type vésiculeux puis croûteux. Le virus peut être isolé des vésicules et des croûtes. Celles-ci restent très longtemps virulentes après la décrustation.

Le seul réservoir de virus de la variole est l'homme malade. La contagiosité, qui est extrême, existe dès la phase d'invasion et persiste jusqu'à la disparition de toute croûte. Le contage peut se faire par inhalation de poussières chargées de virus varioliques ou par l'intermédiaire de vêtements souillés. L'homme ne possède pas d'immunité naturelle vis à vis de la variole; par contre, il ne peut la contracter qu'une fois. L'immunité alors acquise est définitive.

Une prévention efficace contre la variole peut être obtenue par inoculation du virus de la vaccine qui entraine une immunisation croisée vis à vis de la variole. C'est le principe de la vaccination anti-variolique. L'immunité qu'elle confère n'est que temporaire; c'est pourquoi les règlements sanitaires internationaux fixent à trois ans sa durée de validité.

Dans le cadre clinique de la variole dite "régulière" l'incubation varie de huit à quatorze jours avec une moyenne de durée de douze jours.

La phase d'invasion se caractérise par un syndrome infectieux sévère, une température à 40° avec frissons ainsi que par la survenue de signes fonctionnels très intenses tels que la céphalée et les myalgies coexistant avec des vomissements et une dyspnée toxique. On note aussi des signes nerveux dont un délire. Il existe à ce moment des rashs de modes variés respectant toujours la face. Apparaît enfin l'éruption, d'abord au visage puis s'étendant aux bras, au tronc et aux membres inférieurs. Chaque élément cutané passe par des stades successifs de manules, papules et vésicules donnant au toucher l'impression caractéristique de grains de plomb enchassés dans le derme. Il coexiste alors un énanthème surtout bucal et conjonctival. Vers le onzième jour de la maladie, on entre dans la phase de suppuration évoluant vers une phase de dessication. Au niveau de chaque élément persiste une cicatrice déprimée inesthétique et, malheureusement, indélébile.

Les formes cliniques sont multiples. Nous nous bornerons à citer la variole "confluente" qui réalise de larges nappes purulentes et nauséabondes (1) ainsi que les formes malignes, les unes foudroyantes, les autres hémorragiques. Les complications sont nombreuses. Au niveau de l'oeil, elles réalisent une kératite pouvant aboutir à une forte purulence de l'oeil qui provoque la cécité. La mortalité est de 10 à 30 % selon les épidémies.

(1) une variole de cette forme provoqua la mort de Louis XV.

H I S T O R I Q U E

La Variole existait très vraisemblablement aux Indes et en Chine 2.000 ans avant notre ère tandis que les civilisations Grecques et Romaines n'eurent pas à en souffrir car la maladie était inconnue, en ces temps, autour du bassin méditerranéen.

Il semble que la Variole ait fait son apparition en Europe durant le VIème siècle. Elle fut constatée, en 569, au siège de la Mecque puis, elle apparut en Gaule et en Italie en 570. L'évêque Marius d'Avenches en fit la première description tandis qu'en 582, Grégoire de Tours, distingua la Variole de la Peste à l'occasion d'une sévère épidémie en Gaule. L' Irlande fut également atteinte à cette époque. L'invasion sarrazine contribua à l'extension de la maladie au bassin méditerranéen, à l'Espagne et au reste de l'Europe. Selon le tableau chronologique de PROUST, l'Angleterre fut atteinte au XIIème siècle, l'Islande en 1241, l'Allemagne en 1495, Saint-Domingue en 1517 et le Mexique en 1518. L'extension se poursuivit au cours des XVIème et XVIIème siècles avec une virulence extrême. Le XVIIIème siècle connu la variolisation puis l'oeuvre de JENNER : la vaccination. Elle valent qu'on s'y attarde.

La Variolisation

Depuis des temps très reculés et dans diverses régions du monde, il avait été observé que les malades qui réchappaient à la Variole ne la contractaient plus lors d'une nouvelle épidémie ou, du moins, qu'ils restaient longtemps épargnés. L'esprit populaire et les médecins, s'étaient attachés à provoquer une forme bénigne de la maladie dont on pouvait espérer la mise à l'abri d'une contamination ultérieure sous forme d'une variole grave. Pour ce faire, on inoculait à un sujet sain du pus prélevé sur les pustules d'un sujet atteint. Cette pratique était, paraît-il, connue depuis des millénaires, en Chine, en Abyssinie et

en Hindoustan. Les brahmanes pratiquaient, dit-on, l'inoculation à l'aide d'un fil imprégné de pus variolique passé sous la peau, sous forme de séton, le plus souvent au mollet. On cite aussi l'usage de mèches porteuses de pus introduites dans les narines et celui de la scarification ou de la piqure comme chez les Tcherkés et en Géorgie où l'on protégeait ainsi la beauté des jeunes filles dont on faisait commerce. L'introduction de la variolisation en Europe se fit sous l'impulsion essentielle de Lady Mary WORTLEY MONTAGU, femme de l'ambassadeur de Grande-Bretagne à Constantinople, qui fit inoculer son fils avec succés en 1718. A son retour à Londres, en 1721, elle fit également inoculer sa petite fille. Le Roi s'intéressa à la question et fit vacciner six condamnés à mort en leur promettant la grâce s'ils en réchappaient. Tous les six guérirent et furent graciés. La méthode connut un grand succés et l'on ouvrit dans le Middlesex un hôpital pour la variolisation. En Angleterre, dans les huit années qui suivirent l'expérience de Lady MONTAGU, sur 897 cas d'inoculation il y eut seulement 17 décès; tandis qu'à Boston, en Amérique, on compta une victime pour 47 cas d'inoculation.

La diffusion de la variolisation se heurta, en Angleterre, comme en Allemagne, comme en France, à une forte résistance. En Angleterre, cette résistance fut le fait du clergé qui voyait dans cette pratique une opposition aux volontés de Dieu. En France, ce fut l'hostilité de la Faculté de médecine, En Allemagne, ce fut de HAEN, un médeçin viennois connu, qui soutenait que le fait d'avoir surmonté la maladie ne protégeait pas contre une nouvelle atteinte. La nouvelle méthode, qui avait eu un succés important à l'origine, marqua un temps d'arrêt et régressa même entre 1726 et 1746.

En France, la variolisation avaient eu d'ardents propagateurs et parmi eux VOLTAIRE et LA CONDAMINE. C'est ce dernier qui affirmait que la variole détruit ou défigure le quart du genre humain et qui écrivait : "la variole de

la nature nous décime, la variole de l'art nous millésime".

A cette époque, l'inoculation s'accompagnait de soins absurdes : on purgeait énergiquement les patients et on les faisait transpirer abondamment. Ce qui ne contribuait pas à accroître leur résistance. Angelo GATTI, un médecin de Pise, améliora sensiblement la technique vaccinale. Il se contentait de pratiquer quelques légères égratignures avec la pointe d'une aiguille et, dans la mesure du possible, employait un virus prélevé sur des malades légers inoculés déjà plusieurs fois. En quelque sorte un virus "accoutumé" à son hôte. La méthode restait néanmoins dangereuse puisqu'elle accroissait le nombre des contagieux.

En 1763, le Parlement de Paris fit connaître son opposition à la méthode de GATTI. Celle-ci fut également interdite en Angleterre, mais seulement en 1840. Malgré les risques et les oppositions, la variolisation avait connu un succés considérable et sauvé beaucoup de gens. Il faut rappeler que Louis XVI et toute sa famille furent ainsi protégés. La variolisation fut interrompue plus sûrement par la découverte de JENNER, la vaccination.

La Vaccination

Edward JENNER était né le 14 Mai 1749 à Berkeley en Angleterre. Il avait été inoculé à l'âge de huit ans et avait surmonté la redoutable maladie. Il avait commencé à étudier la chirurgie et la pharmacie à quatorze ans, à Londres où il fut l'élève de HUNTER. Très attaché à la nature, passionné d'histoire naturelle, il vint exercer son métier de médecin dans son village natal. Là, il eut connaissance, par son entourage paysan, du fait que la vaccine (en anglais "cow-pox) contractée auprès de vaches atteintes, protégeait sûrement de la variole. Il décida de se mettre à l'étude de cette question. Après bien des recherches, il réussit à réunir seize personnes des environs qui, toutes, avaient eu la vaccine. Il leur inocula du pus variolique prélevé sur des malades et il attendit avec angoisse le

résultat. Douze, quatorze, seize jours et davantage s'écoulèrent et la redoutable variole n'apparut chez aucun d'eux. Tous restèrent en bonne santé. La vaccine préservait donc généralement de la variole, ce n'était pas seulement l'effet d'un heureux hasard.

Une paysanne présentait sur les mains des pustules de la vaccine qu'elle avait contractée en trayant ses vaches. JENNER eut l'idée décisive de se servir de cette lymphe vaccinale pour inoculer le jeune James PHIPS agé de 8 ans, le 14 Mai 1796. Puis, le 1er Juillet, il lui inoculait le liquide variolique prélevé sur un malade. L'enfant demeura bien portant. Pour la première fois il était démontré que le virus de la vaccine des vaches pouvait être transmis d'homme à homme en conservant son pouvoir; ce qui ouvrait des possibilités immenses. Cependant, l'esprit de prudence jouant, JENNER multiplia ses expériences pendant deux ans avant d'en faire part à la Société Royale de Médecine de Londres dans son mémoire "an inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae". Celle-ci, effrayée à l'idée de prendre une responsabilité dans cette affaire, lui répondit qu'il ne devait pas compromettre la renommée scientifique de la Compagnie en publiant son mémoire. JENNER, qui avait confiance dans la validité de ses expériences publia néanmoins son mémoire en 1798. Dans cet ouvrage, il faisait une description parfaite de la picotte humaine. Il montrait l'inoculabilité de cette picotte à l'homme, son inocuité et sa transmissibilité interhumaine qui réalisait à la fois la conservation et le transport du vaccin. L'enthousiasme populaire fut immense, extraordinaire, à un point tel, qu'en 1799, un institut de vaccination gratuite fut créé par souscription populaire. En 1802 on compta près de 100.000 vaccinations, en 1803, on fonda un institut royal pour l'extinction de la variole.

Sur le continent, la propagation de la vaccination rencontra des difficultés du fait de la guerre entre la France et l'Angleterre; cependant, le livre de JENNER fut

traduit en français en 1800 et aussitôt lu à Paris. Le Duc de la ROCHEFOUCAULD LIANCOURT, philantrope connu, ancien émigré sous la révolution, avait connu en Angleterre les bienfaits de la vaccination. Il devint un propagandiste ardent et, avec l'aide du Doyen de l'école de médecine, THOURET, créa par souscription, le "Comité Central de vaccine". Il reçu son premier vaccin de Londres le 27 Mai 1800 et on vaccina 30 enfants. Ce fut un échec car le vaccin était inopérant. Il faut dire que la lymphe vaccinale était transportée imprégnée dans des fils de coton ou des morceaux de tissus. (Ce fut le seul mode de transport jusqu'à la découverte des tubes capillaires, en 1810, par BRETONNEAU.) Heureusement, un médecin de Boulogne, qui avait réalisé des vaccinations de bras à bras dans des conditions satisfaisantes put fournir le précieux vaccin en amenant des enfants à Paris. A la même époque, le Préfet de Paris, offrait un hospice au Comité de vaccine pour y faire des études approfondies. De son coté, le Ministre de l'Intérieur, le médecin montpelliérin, Jean Antoine CHAPTAL, promulgait une ordonnance du 4 Avril 1804, multipliait les comités de vaccine dans toute la France et alertait les préfets en exigeant l'application de la méthode dans leur département.

Les comités de vaccine étendirent leur action en Hollande, dans la république de Gênes, à Monaco, en Suède, et en Espagne. C'est en 1805 que fut créée la Société pour l'extinction de la petite vérole. La famille Bonaparte fut une partisante de la vaccination et NAPOLEON fit vacciner le Roi de Rome en 1811. Il fit probablement vacciner les soldats. Pour cette raison, sans doute, aucun cas de variole ne fut signalé parmi les armées de l'Empire. Dans les années 1808 et 1809 on pense que 650.000 vaccinations environ furent faites en France. Il y eut cependant une épidémie où périrent 16.000 personnes sur 72.000 cas constatés. En Russie, la famille impériale fut très favorable à la vaccination et le premier enfant vacciné reçut de la Tsarine le prénom de VACCINOFF. Le Roi de Prusse, Frédéric Guillaume III fit vacciner son plus jeune fils et fut le premier souverain à adopter la vaccination dans sa propre famille.

De son coté, le Roi Charles IV d'Espagne étendit la vaccination à toutes ses possessions d'outre-mer. L'Espagne envoya la lymphe dans ses lointaines colonies en "envoyant" un certain nombre d'enfants dans un vaisseau, deux d'entr'eux étant vaccinés chaque semaine pour maintenir une transmission de bras à bras.

On rencontrait cependant quelques problèmes. La vaccination interhumaine, de bras à bras, telle qu'elle était pratiquée était à l'origine d'une perte progressive des qualités immunisantes du vaccin. Il y avait aussi des risques de contamination, d'infections cutanées bénignes mais, surtout, d'érysipèle et de syphilis. Ce fut le cas d'un couvent d'Alger dont les pensionnaires furent contaminées à partir de la pustule dont était porteur un soldat syphilitique. On entreprit alors de ne plus faire de vaccination qu'à partir d'enfants en bas âge, mais agés de plus de 4 mois pour ne pas être porteurs de syphilis congénitale.

Le problème de la durée de l'immunité du vaccin fut posé et diversement apprécié. Il amena alors celui de la revaccination. L'armée prussienne fut revaccinée vers 1840. En France, l'académie royale de médeçine fut hostile dans un premier temps, sous Louis XVIII mais, en 1845, changeant d'avis, elle conseilla une revaccination à l'âge de 14 ans et en cas d'épidémie. Les gouvernements prirent des positions diverses à l'égard de la vaccination. La Bavière fut la première dans le monde à rendre la vaccination obligatoire en 1807. puis ce fut le Danemark en 1810, la Norvège en 1811, le Pays de Bade en 1815, la Suède en 1816, le Wurtemberg en 1818, le Nassau en 1818 également, le Hanovre en 1821, la Hongrie, la Serbie et l'Angleterre en 1867. En France, l'obligation intervint seulement en 1902.

L'intérêt de la vaccination apparaît sur cette statistique arrêtée en 1869. Trois pays où la vaccination est obligatoire comptent respectivement : 85, 167, 189 décès annuels en moyenne entre 1844 et 1869. Alors que trois pays où la vaccination n'est pas obligatoire en comptent : 248, 272 et 273.

Au début du XIXème siècle la variole se manifesta principalement dans les pays du nord de l'Europe. En 1800, la Suède fut frappée sévèrement. L'épidémie s'acheva en 1801 après avoir fait 12.032 victimes. La vaccination fut pratiquée durant l'année 1801 mais, malgré cela, de 1802 à 1809, la Suède eut encore de 1.000 à 2.400 cas mortels par an. En 1801, le Danemark est également atteint, mais faiblement, avec 486 décès. De même qu'en Suède, la vaccination fut commencée durant l'épidémie. En 1802, 14,5 % des enfants furent vaccinés à la naissance. En 1805, ce chiffre s'élevait à 50 %. Après 1810, année où la vaccination devint obligatoire, tous les enfants furent systématiquement vaccinés. Ainsi, de 1803 à 1810 il y eut seulement 11 décès par variole, en moyenne, chaque année. Après 1811, on n'enregistra pas une seule mort due à la variole pendant 13 ans.

Les effets de la vaccine dont la France avait bénéficié au début du XIXème siècle rendirent les épidémies moins meurtrières mais, pendant les guerres de l'Empire, les vaccinations furent négligées parmi la population civile. De 1808 à 1809, la France connait une sévère épidémie. On compta 16.000 morts sur 72.000 cas dénombrés. En 1812, la variole est en Norvège et les parents sont encouragés à faire vacciner leurs enfants par un don d'une demi-couronne offert par un groupe de philanthropes. Il y eut 1.300 vaccinations cette année là et seulement 47 et 11 les années suivantes. En 1813, on note une recrudescence globale de la variole dans le Nouveau monde comme dans l'Ancien. En 1816, une nouvelle poussée se fait jour en Norvège où la peur fit monter le nombre des vaccinations à 348. En 1817, la maladie frappa à la fois Londres et Edimbourg. Puis, en 1818, Rotterdam et Marseille. En 1819, la Norvège où, sur une population de 40.000 habitants, on pleura 530 morts dont 477 étaient agés de moins de 6 ans. Ce fut la dernière atteinte dans ce pays où la vaccination avait été rendue obligatoire en 1811.(mais, semble t-il appliquée nettement plus tard.)

De 1820 à 1830 les populations de Paris, de Bordeaux et de Marseille furent cruellement éprouvées. La variole s'était

installée dans les grands centres et cet état endémique devint l'amorce de nouvelles explosions qui se firent de plus en plus fréquentes et graves. L'étranger ne fut pas mieux partagé : En 1822, Milan fut atteinte et, la même année, Genève le fut aussi. L'épidémie dura jusqu'en 1823. En 1822, toujours, Utrecht connut la variole qui y sévit deux années. En 1823, Berlin; en 1824, Copenhague où la maladie ne disparu qu'en 1827. En 1824, aussi, une forte poussée en Suède : 618 morts. Les choses s'aggravent en 1825 : 1.243 morts. L'épidémie s'achèva en 1827 après avoir fait 625 victimes en 1826 et 600 la dernière année. En 1830, une nouvelle vague de variole s'étendit sur l'Europe; de nombreux foyers limités en étendues se firent jour, en particulier dans les villes. En 1833 et en 1834, la Suède fut encore touchée; elle eut 2.194 morts. En 1838-1839, une nouvelle atteinte fit en Suède 3.739 victimes. C'était le prélude à une nouvelle poussée de la variole sur l'Europe. En Angleterre, de 1838 à 1841, on compta 42.201 morts. Londres fut touchée, comme toutes les grandes villes d'Angleterre, de Galles et d'Ecosse. En Irlande, la maladie exerca ses ravages dans les quartiers ouvriers de Dublin. Il faudra attendre 1850 pour voir finir l'épidémie.

Après dix années de répit, il y eut une grave recrudescence de la maladie, plus impitoyable que les précédentes. De nombreux foyers s'allumèrent simultanément dans les grands centres de l'Europe et déterminèrent une vaste pandémie à l'échelle mondiale entre 1869 et 1874. En France, dans les années allant de 1860 à 1869, la variole sévit non seulement dans la capitale, mais aussi dans le Morbihan, le Vaucluse, l'Ardèche, etc... Lors du conflit Franco-Allemand de 1870, devant la menace prussienne, l'armée française, mobilisée en hâte, fut mise en route sans qu'il fut procédé à des vaccinations. Des Gardes Mobiles furent dirigés sur Paris et, de tous les coins de France, vinrent grossir les rangs de l'armée régulière. Paris donna ainsi asile à une armée de 150.000 hommes qui devint le siège d'une épidémie gravissime. Les Gardes mobiles étaient cantonnés chez l'habitant où la variole régnait à l'état endémique. Tout était réuni pour une

propagation de la maladie. En cinq mois, d'Octobre 1870 à fin Mars 1871, l'hôpital Bicêtre reçut 8.000 varioleux. La mortalité y fut évaluée à 146 décès pour 1.000 malades. Au total, durant la guerre de 1870, on compta 23.470 décès pour 200.000 cas environ.

De son coté, l'armée Allemande, quoique mieux protégée, payait, elle aussi, son tribut à la maladie. Elle eut 8.364 cas dont 469 décès. Il y eut aussi, parmi les seuls prisonniers français en Allemagne, 1963 décès. Les Prussiens en tirèrent la leçon et, le 8 Avril 1874, fut édictée la loi sur la vaccination obligatoire : Chaque enfant doit être vacciné dans les deux premières années de sa vie. La vaccination doit être renouvellée dans sa douzième année. Cette loi s'appliquait à tout l'Empire Germanique et le résultat fut probant. Aucun pays n'eut un taux de mortalité aussi bas que l'Allemagne jusqu'en 1900.

L'épidémie française eut pour conséquence l'extension de la variole dans les pays voisins d'où, elle diffusa secondairement, pour envahir l'Amérique et causer une grande pandémie qui dura jusqu'en 1875. Dès la fin de 1870, la maladie s'était développée en Angleterre. A Londres, on relevait 2.620 décès, soit nettement plus qu'en 1868 et en 1869. En 1871, le mal fit simultanément son apparition à Hambourg, à Vienne, en Belgique et en Hollande. Les pays où la vaccination était obligatoire ne furent pas touchés : la Suède, la Norvège, le Danemark et l'Ecosse échappèrent à cette grave épidémie. Il y eut, en Suède, 183 décès par million d'habitants en 1870 et 78 en 1871. Ce fut moins qu'en 1873 et 1874. Les villes à forte densité de population furent les plus touchées. Ainsi, Londres connut 23.126 décès en 1871 et 19.094 en 1872. En Russie, la variole réapparaît en 1872 alors qu'en fin 1871, elle arrivait à Philadelphie aux Etats-Unis.

En 1874, de nombreux foyers éclatèrent encore en France mais ce ne furent que les derniers rebonds de l'épidémie qui allait se tarir après avoir fait un périple autour de l'Europe.

La mortalité fut élevée en Europe comme le montre le

tableau partiel ci-dessous :

Nombre de décès par million d'habitants en :

	1871	1872	1873	1874	1875
Belgique	4.168	1.560	333	369	313
Hollande	4.355	1.021	95	34	50
Autriche	392	1.899	3.147	1.743	576

Nota : Pour comparaison, le taux à Berlin en 1871 était de 6.326 .(taux très élevé)

En 1876, 1877 et 1878, l'Angleterre connut une petite poussée avec 2.408 décès en 1876; 4.278 en 1877 et 1.856 en 1878. La ville de Londres, à elle seule, totalisa plus de la moitié des décès. Une petite attaque survint encore dans cette grande ville en 1881, causant 2.367 décès. La maladie diffusa et on compta 731 décès hors de Londres en 1881 et 887 décès en 1882. La variole sévit aussi cette année là à Paris et dans 31 départements avec une mortalité locale de 20 à 30%. Des chiffres du même ordre furent relevés en 1883, 1884 et 1886. Poussée en Autriche où, on compta respectivement 827 et 960 décès pour un million d'habitants en 1881 et 1882. En 1885, des cas furent signalés à Montréal. En 1887 et 1888 une recrudescence se fit en Angleterre où l'on compta 506 morts en 1887 et 1.026 en 1888. Fait à noter, la ville de Londres ne compta que 18 décès par variole pendant ces deux années. Et ne comptera pas un seul décès par variole en 1889. Par contre, Sheffield la remplaça avec 6.088 cas.

En 1892, la léthalité par variole s'élèva pour atteindre son maximum en 1893. Le fait fut marqué en France et en Angleterre, mais n'affecta ni l'Allemagne, ni l'Autriche, ni les pays nordiques. Si la mortalité fut plus élevée, le nombre des cas fut moindre et l'épidémie fut moins grave que les précédentes. On nota seulement 432 décès en 1892 et 1.456 en 1893, pour toute l'Angleterre. Cette fois, la France prit des mesures efficaces. Des vaccinations et revaccinations furent pratiquées en masse et eurent raison de l'épidémie qui s'éteignit brusquement en Octobre 1894.

Les grandes épidémies de variole en Europe se

terminaient avec le siècle. La vaccination , devenue obligatoire dans la plupart des pays, et pratiquée désormais avec plus de rigueur, devenait efficace. L'exemple ci-dessous, concernant la léthalité par variole en Prusse, où la vaccination devint obligatoire en 1874, et en Autriche, où la vaccination n'était pas obligatoire, le montre.

ANNEE	Nombre de décès par variole pour un million d'habitants	
	PRUSSE	AUTRICHE
1871	2.432	392
1872	2.624	1.899
1873	356	3.147
1874	95	1.743
1875	36	576
1876	31	393
1877	3	538
1878	7	606
1879	13	508
1880	26	643
1881	36	827
1882	36	960
1883	20	610
1884	14	530
1885	14	600
1886	5	400
1887	5	417
1888	3	615
1889	5	537
1890	1,2	249
1891	1,2	287
1892	3	256
1893	4,4	244
1894	2,5	105
1895	0,8	49
1896	0,2	36
1897	0,2	61

On voit que, par rapport à l'Autriche, la Prusse présente un nombre de décès minime.

La guerre de 1914-1918 apporta également la preuve de l'efficacité des mesures prophylactiques et de la vaccination antivariolique. Il y eut seulement 12 cas sporadiques dans les rangs de l'armée française. N'est-ce pas un merveilleux résultat ?

LA FIEVRE JAUNE

LA FIÈVRE JAUNE

La transmission interhumaine de la Fièvre Jaune est le fait d'un moustique "Aedes Aegypte" femelle qui fut le vecteur le plus anciennement reconnu. Ses glandes salivaires sont le siège d'une multiplication d'arbo-virus responsables de la maladie. En fait, la Fièvre Jaune est une maladie dont le réservoir, essentiellement animal, est constitué par les singes des forêts équatoriales qui sont infectés par un insecte surnommé le "moustique bleu". Ils font une maladie latente avec une simple virémie mais l'infection se perpétue de singe à singe par l'intermédiaire de cet insecte. Le moustique bleu, piquant l'homme, provoque, chez lui, l'apparition de la Fièvre Jaune.

La Fièvre Jaune se cantonne aujourd'hui en Colombie, au Brésil, au Pérou, en Bolivie, ainsi que dans quelques foyers du Sénégal, du Soudan et de l'Ethiopie.

Sur le plan clinique, la forme classique réalise une hépato-néphrite, la plus souvent rencontrée chez l'européen qui arrive dans une zone d'endémicité. L'incubation dure de 4 à 7 jours. Le début est extrêmement brutal, réalisant un véritable "coup de barre lombaire" accompagné de douleurs musculaires et de céphalées intenses ainsi que d'une température à 39°. La période d'état est atteinte en 24 heures. Le malade est alors à la phase septicémique. Il présente un faciès vultueux. Ses conjonctives sont injectées.

Il ressent un malaise intense. Après une courte phase d'amélioration clinique la température remonte; c'est alors que surviennent les signes d'insuffisance hépatique avec des hémorragies digestives réalisant des hématémèses et du melaena (d'où le nom de vomito négro donné à la maladie . Il existe des signes d'insuffisance rénale ainsi que des signes nerveux : un tuphos, une agitation avec délire réalisant l'encéphalite amarile. L'évolution des formes graves se fait vers la mort en 2 à 4 jours.

La prophylaxie repose sur une lutte acharnée menée contre l'insecte vecteur. L'Aedes Aegypte a une zone de distribution située entre les deux tropiques, mais il peut, lorsque la saison est favorable, atteindre des régions seulement tempérées où il a donné, comme nous le verrons, les épidémies les plus graves. Cette lutte est cependant très aléatoire car le réservoir de virus demeure. La vaccination anti-amarile fut mise au point en 1928.

TRANSMISSION DE LA FIEVRE JAUNE

La fièvre jaune fut décrite pour la première fois par le Père DUTERTRE en 1635, puis, de façon plus précise encore, par HUGUES, en 1715. Ni l'un ni l'autre ne parle de la façon dont la maladie se transmet. Il faut attendre 1748, année où un médecin de l'Alabama nommé NOTT, incrimine les moustiques dans sa propagation. Un médecin originaire de la Guadeloupe, Daniel de BEAUPERTHUIS, qui avait exercé au Vénézuéla et qui avait longuement étudié la maladie, émet la même hypothèse en 1858. Enfin, Carlos FINLAY, médecin cubain, né en 1833, qui avait lui aussi une grande expérience de la maladie, soutint en 1881 que le "Culex Mosquito" était l'agent transmetteur de la Fièvre Jaune. Bien que, la même année, Ronald ROSS ait démontré que le paludisme était transmis par un moustique anophèle, peu de médecins et de scientifiques acceptent l'hypothèse de FINLAY.

C'est au cours de la guerre Hispano-Américaine que la confirmation sera apportée. Une épidémie de fièvre jaune affecte les troupes américaines à Cuba et les Etats-Unis envoient dans cette île une mission composée de REED, CARROLL, AGRAMONTE et LAZEAR. Sur les instigations de FINLAY, ils vont étudier le rôle du moustique dans la transmission de la maladie. FINLAY leur remet des oeufs du moustique qu'il soupçonne. Ils font éclorent ces oeufs en laboratoire. La moitié des insectes est envoyée aux Etats-Unis pour identification. L'autre moitié sert aux expériences à Cuba. On les fait piquer sur des malades à des stades différents de l'évolution de leur Fièvre Jaune. Ensuite, après avoir attendu un nombre de jours différent, sur onze personnes saines. Deux prirent la Fièvre Jaune, ayant été piquée par des moustiques douze jours après que les moustiques aient eux-mêmes piqué des malades se trouvant dans les premiers jours de la Fièvre Jaune. Parmi ces deux personnes il y avait le docteur CARROLL qui guérit.

L'expérience devait être nulle parce que le docteur LAZEAR, qui n'y avait pas participé, qui ne s'était pas fait piquer volontairement, prenait lui aussi la fièvre et en mourrait.

Pour supprimer la cause d'erreur provenant du moustique infecté en liberté il fallait s'isoler dans un lieu indemne de Fièvre Jaune. C'est ce qu'on fit dans un camp baptisé "Camp LAZEAR". Des gens y furent observés pendant douze à dix-huit jours pour s'assurer qu'ils étaient sains. Douze de ces personnes furent piquées par des moustiques ayant douze jours auparavant sucé le sang de malades aux premiers jours de leur fièvre. Dix personnes prirent la Fièvre Jaune. Les autres personnes du camp, ainsi que cinq personnes qui, au dernier moment, refusèrent de se laisser piquer restèrent indemnes et devinrent des témoins confirmant la valeur de l'expérience.

La deuxième expérience consista à remplir une maison malsaine où régnait une chaleur humide, de vêtements, de couvertures, d'objets de literie souillés de vomissements et de déjections de malades morts ou non de la Fièvre Jaune et d'enfermer dans cette maison un certain nombre de personnes qui y vécurent et manipulèrent les objets infectés durant trois semaines. Cette maison ne contenait aucun moustique et la seule ouverture de la maison était hermétiquement close par une toile métallique très fine. Aucune personne ne contracta la Fièvre Jaune.

Enfin, troisième expérience, une maison fut divisée en deux parties contenant toutes les deux des objets souillés de produits amarilliques. Dans une des deux parties, on mit des moustiques qui avaient piqués douze jours auparavant des malades aux premiers jours de la Fièvre Jaune. Dans cette partie entra le docteur MORAN. Il contracta la Fièvre Jaune. Dans l'autre partie, ne contenant pas de moustiques, plusieurs personnes allèrent manipuler les objets souillés sans contracter la maladie. Il était établi que le moustique transmet la Fièvre Jaune et que des marchandises

souillées de produits amarilliques ne peuvent être infectantes que là où il existe des moustiques.

L'hypothèse de NOTT, de de BEAUPERTHUIS et de FINLAY était vérifiée. La prophylaxie de la Fièvre Jaune allait se développer mais le XIXème siècle n'avait pas l'honneur de la découverte car ces expériences eurent lieu en 1901.

H I S T O R I Q U E

La Fièvre Jaune trouva son origine sur le continent américain. Son extension primitive se fit à partir du Golfe du Mexique et des Antilles et son développement fut intimement lié à celui de la colonisation espagnole. Si, lors du premier voyage, il semble que les matelots de Christophe Colomb n'eurent pas à en souffrir, par contre, lors du deuxième voyage, environ dix-huit mois après son arrivée, une épidémie avec violentes douleurs et vomissements sanglants abattit les deux tiers des hommes qui constituaient l'expédition. A partir de ce moment, la Fièvre Jaune accompagna et frappa les européens partout où ils débarquèrent que ce fut sur les côtes ou le long des rivières intérieures. Du Golfe du Mexique, la Fièvre Jaune s'étendit vers le nord jusqu'à New-York et Québec et, vers le sud, jusqu'au Brésil. Elle se transmit également au Pérou et au Chili et, à travers l'isthme de Panama, à la Californie.

Dès le XVIème siècle l'Afrique est contaminée du fait du commerce des esclaves. Depuis lors, la Fièvre Jaune est installée en Afrique, y constituant un foyer endémique secondaire situé, comme le principal, entre les 38° de latitude nord et sud. Au cours des XVIIème et XVIIIème siècles la Fièvre Jaune toucha plusieurs fois l'Europe mais elle resta inconnue dans les autres parties du monde.

La Fièvre Jaune fut importée en Europe par des navires venant de La Havane et de Vera-Cruz. Ce fut le cas en 1800 à Cadix. L'épidémie se répandit en Andalousie et en Murcie et, de là, dans une grande partie de l'Espagne.

En 1801, Bonaparte confia à son beau-frère, le Général LECLERC, le commandement d'une expédition militaire contre TOUSSAINT-LOUVERTURE à Saint-Domingue. Vingt-quatre vaisseaux appareillèrent de Brest dans la nuit du 11 au 12 Décembre 1801. Ils emportaient 23.000 hommes de troupe. Pendant les 3 premiers mois de la campagne 6.000 hommes

moururent de la Fièvre Jaune et autant étaient atteints et remplissaient les hôpitaux. Les renforts envoyés de France furent tout aussi frappés que les premiers arrivés. Le Général LECLERC, contaminé à son tour, mourrait le 2 Novembre 1802. Lorsque le réembarquement pour la Fance eut lieu le 28 Novembre 1802, l'expédition comptait 24.000 morts de la Fièvre Jaune et 7.000 hommes étaient mourants quand on les amena sur les vaisseaux.

En 1804, l'Italie est touchée à Livourne. L'épidémie fut importante mais peu meurtrière au dire d'auteurs. On cite pourtant les chiffres de 700 décès pour 2.000 cas. Ce fut la seule région touchée par l'épidémie.

En 1819, Cadix est à nouveau le siège d'une épidémie mais celle-ci ne s'étendra pas. Bien plus grave est celle qui frappa Barcelone en 1821. La ville compte alors près de 100.000 habitants. Amenée par un voilier venant de la Havane, elle atteint les environs du port. Elle s'étend rapidement à toute la ville et même aux campagnes d'alentour. On compta 80.000 cas et il y eut entre 10.000 et 20.000 morts. De Barcelone, l'épidémie se propagea à Tortose et aux Baléares, où elle fit, paraît-il, autant de victimes qu'à Barcelone. Cette épidémie inquièta fort le gouvernement français qui fit fermer la frontière des Pyrénnées par des cordons de troupe.

Alors que le 5ème Corps de l'Armée Française faisait le siège devant Pampelune et devant Saint-Sébastien (1823) le Fièvre Jaune se déclara dans le port du Passage. Le Maréchal de LAURISTON, qui craignait que l'épidémie ne se répandit parmi les troupes, chargea le médeçin-chef AUDOUARD de prendre les mesures nécessaires pour arrêter le développement de l'épidémie. Le vaisseau contaminé, le DONOSTIERRA, fut brûlé en pleine mer. Malgré cette mesure la maladie s'était répandue dans les maisons voisines du port. AUDOUARD fit tout d'abord établir un cordon sanitaire puis il exigea que les malades lui soient remis pour être isolés dans la campagne environnante. Pour obtenir satisfaction il dut

menacer les élus de bombarder la ville. Le résultat fut excellent et la Fièvre Jaune n'atteignit pas les troupes françaises.

En 1830, la Fièvre Jaune apparaît aux iles du Cap Vert et au Sénégal. A Gorée, 144 européens sur 150 sont atteints. A Saint-Louis, 328 habitants meurent sur les 650 que comptait la ville avant l'épidémie. D'autres épidémies éclatèrent à Gorée en 1837, 1858, 1866 et 1867 et, aux Iles du Cap Vert en 1845. On notera le fait que la Fièvre Jaune ne fut jamais importée d'Afrique en Europe.

En 1857, la Fièvre Jaune se déclare à Lisbonne. Les premiers atteints sont des douaniers; ce qui fait penser que la maladie a été apportée par un navire. L'épidémie gagne très vite toute la ville et, quand elle s'éteint, on compte 5.652 décès pour 15 à 18.000 cas.

En 1861, le voilier "Anne-Marie", du port de Nantes, revient de la Havane avec un chargement de sucre. Il rentre à Saint-Nazaire le 25 Juillet. La Fièvre Jaune sévissait à La Havane lors du départ du bateau et l'on a compté 8 cas pendant la traversée. Il n'y a cependant plus de malade à bord depuis 10 jours quand le bateau prend son poste d'amarrage. Tous les débardeurs qui participèrent au déchargement et qui pénétrèrent dans la cale sont atteints. Le médeçin du village de Montoir, à 7 kilomètres de Saint-Nazaire, le docteur CHAILLON, qui soigna quatre d'entr'eux meurt de la maladie en 4 jours. D'autres cas se produisirent sur des navires ancrés à proximité de l'Anne-Marie. Parmi eux, l'AREQUIPA, un navire mouillé à coté de l'Anne-Marie et qui se trouvait sous son vent le jour du déchargement. Il appareille le 1er Août. Quatre jours après son départ la Fièvre Jaune éclate à bord.

Pendant la guerre du Mexique (1862 - 1867) des épidémies sévirent sur les bâtiments français regroupés en rade de Vera-Cruz. On cite le Masséna et la Normandie. On remarqua que la maladie frappait les troupes stationnées dans les régions basses et chaudes alors que les troupes qui

étaient cantonnées sur les hauts plateaux ne connaissaient que des cas sporadiques importés de la zone des plaines.

La maladie frappa aussi en Angleterre. En 1864, au port de Falmouth, en Cornouailles et, en 1865, à Swansea, un port du canal de Bristol. Il n'y eut que quelques cas importés sans épidémie. Swansea, situé entre le 51° et le 52° de latitude nord fut le point le plus nord jamais atteint pas la maladie.

LA PESTE

L A P E S T E

La Peste n'est plus aujourd'hui cantonnée que dans quelques territoires de l'Afrique Centrale, de l'Amérique Centrale et du Sud-est Asiatique, au Viet-Nam.

Le bacille de la Peste, Yersinia pestis est un coccobacille gram négatif qui conserve toute sa vitalité au froid. Le réservoir de germes est constitué par des rongeurs. Les rongeurs sauvages sont peu réceptifs et constituent pour cette raison le vrai réservoir de la maladie sous la forme de peste selvatique, endémique dans quelques régions peu peuplées du globe. Le rat domestique est beaucoup plus sensible au bacille pesteux et peut être atteint par des épidémies meurtrières. Ces épizooties de peste murine constituent la principale source de contage pour l'homme.

L'agent vecteur est la puce du rat qui diffuse la maladie en période épidémique et l'entretiendra en phase interépidémique. La transmission interhumaine se fait le plus souvent indirectement par piqure de puce. Elle peut être directe par inhalation lorsqu'il existe des cas de peste pulmonaire.

La Peste peut, chez l'homme, présenter trois aspects cliniques. La peste bubonique, qui est marquée par un début brutal avec violents frissons et l'apparition dans les jours suivants d'un bubon, axillaire ou inguinal très

douloureux, entouré d'un oedème phlegmoneux, accompagné d'une fièvre à 40°. L'évolution du bubon se fait vers la suppuration. En règle générale, des complications avec manifestations cutanées ou pulmonaires, entrainaient la mort dans un véritable tableau septicémique. La peste septicémique, qui peut être primitive ou secondaire au bubon, se présente d'une façon analogue dans ses signes généraux. La peste pulmonaire, qui explose parfois en saison froide, présente un tableau très impressionnant avec une dyspnée et une cyanose intense, une expectoration sanglante (sirop de framboises) riche en bacilles pesteux. Son évolution est mortelle en trois jours. Cette peste à porte d'entrée pharyngée, très contagieuse par voie aérienne, s'accompagne également d'une septicémie. Enfin, les cas atténués, ambulatoires, de peste ne sont pas rares.

Le diagnostic bactériologique repose sur l'examen direct du suc ponctionné du bubon et de la culture de celui-ci.

La prophylaxie repose sur la dératisation (difficile à réaliser) et la destruction des puces par l'emploi d'insecticides. Aucune lutte n'est possible contre les rongeurs sauvages : Tarbagans, Spermophiles et Marmottes. Ce qui laisse subsister le réservoir de virus.

Il existe un vaccin à germes vivants (de GIRARD).

Le traitement curatif est à base d'antibiotiques, en particulier de streptomicine qui reste le médicament de choix.

La Peste, s'échappant du Yun-nan où elle avait sévi en 1893, éclate en Mars 1894 à Canton puis, au début d'Avril à Hong-Kong. Le 15 Juin, Alexandre YERSIN, médecin de 2ème classe des Colonies, âgé de 31 ans, arrive à Hong-Kong accompagné de deux boys. Il a comme matériel un autoclave et de quoi préparer des milieux de culture. Il ne parle pas anglais. Il possède cependant un atout important, l'aide du Père Vigrano, un missionnaire italien qui va l'aider de tout son pouvoir. Aidé d'un boy, l'autre l'ayant quitté dès l'arrivée, il a installé son matériel dans une galerie ouverte de l'hôpital. D'après un article du docteur LAGRANGE, paru dans "Biologie Médicale" de Juin-Juillet 1926, voici ce qu'écrivit YERSIN lui-même :

"Nous sommes au 20 Juin, je fais aujourd'hui, avec le Père Vigrano, différentes démarches pour obtenir l'autorisation de faire construire une paillote tout près du nouvel hôpital.

On m'a encore refusé les autopsies en m'assurant, comme toujours, que, demain matin, ce serait mon tour.

En attendant, j'ai pu m'assurer que le microbe de la Peste n'a pas, pour siège principal, le sang des malades.

J'espère être plus heureux en le cherchant dans les bubons. Mais, comme on ne veut me laisser faire aucune autopsie, je ne puis extirper les bubons.

J'essaye avec le Père Vigrano, d'obtenir de quelcues matelots anglais qui ont pour mission de faire enterrer les cadavres de la ville et des hôpitaux qu'ils me laissent enlever le bubon des morts, avant qu'on ne les porte en terre. Quelques piastres judicieusement distribuées et la promesse d'un bon pourboire pour chaque bubon que je pourrai enlever ont un effet immédiat.

Les morts avant d'être enterrés au cimetière sont déposés pendant une heure ou deux dans une sorte de cave. Ils sont déjà dans leur cercueil et recouverts de chaux. On ouvre un de ces cercueils et j'enlève un peu la chaux pour découvrir la région crurale. Le bubon est bien net, je l'enlève en moins d'une minute et je monte à mon laboratoire. Je fais rapidement une préparation et la mets sous le microscope. Au premier coup d'oeil,

[illegible] courtes, tous semblables, [illegible] trapus, à extrémités arrondies [illegible] Gram-négatif).

[illegible] ensemencements sur agar, [illegible] des cadavres; je recueille [illegible] un tube pour l'envoyer à [illegible] je tâcher d'avoir de [illegible] rats qui me donnent toujours [illegible] beaucoup de chances pour [illegible] France, mais je n'ai pas encore [illegible]

[illegible] et à examiner des bubons. Je [illegible] en quantité énorme. Mes animaux [illegible] présentent à l'autopsie le [illegible]

[illegible] persistante d'obtenir des autopsies, [illegible], par l'intermédiaire du Consul, une [illegible]

[illegible] pratiquais toujours une autopsie sur deux. [illegible], je constate qu'il n'y a guère d'[illegible] que le bubon dans les cas de peste [illegible] bubon peut se retrouver un peu partout, [illegible] il est toujours le bubon.

[illegible] pour l'Institut Pasteur de Paris le plus [illegible] de peste possible. Je recueille toujours [illegible] dans les effilures de tubes que j'envoie [illegible] en France ... Je cherche et trouve [illegible] des cadavres de rats crevés qui pullulent en ville ...

[illegible] 1904 paraît le premier mémoire de YERSIN [illegible] photographies démonstratives. Le bacille de la peste [illegible] parfaitement décrit.(Annales de l'Institut [illegible] 1905, il immunisait des chevaux contre la peste. En [illegible], il guérissait son premier cas en moins de 24 heures.

[illegible] sérums antipesteux étaient découverts.

INTRODUCTION

La Peste est connue depuis les temps les plus reculés. Nous savons que les anciens appelaient "peste" des maladies diverses dont nous connaissons les caractères communs. Encore actuellement, le terme "peste" est souvent employé dans le sens d'épidémie en général.

On peut considérer comme pestes authentiques les épidémies de 1320, 1060 et 1000 avant J.C. Hippocrate et Rufus d'Ephèse (100 après J.C.) ont reconnu et décrit son bubon.

Au VIème siècle la Peste existait en Egypte. C'est d'Egypte qu'elle gagna Byzance et envahi progressivement le continent européen.

Au moyen âge plusieurs épidémies éclatèrent en Europe et dans le bassin méditerranéen. La plus connue est la "Peste Noire" ou peste hémorragique, surtout pulmonaire qui, partie de Chine en 1334, avait ravagé l'Inde et la Perse, traversé la Mer Noire et atteint le monde méditerranéen puis l'Europe. Elle tua, jusqu'en 1351 : 25 millions de personnes selon les uns, 42 millions selon les autres. C'est à la suite de cette épidémie que les pays menacés instaurèrent la "quarantaine". Les navires étaient gardés, isolés et éloignés des ports pendant un nombre de jours variable : quarante, en général, d'où le nom. Ce n'est qu'après ce délai qu'ils étaient autorisés à débarquer leurs passagers et leurs marchandises.

D'autres épidémies apparurent en Europe auXVIème siècle et dans la première moitié du XVIIème. Pendant cette période il y eut peu d'années sans apparition de la maladie dans telle ou telle partie du continent européen. Il y eut ensuite une régression et, vers la fin du siècle, la peste disparait ; d'abord d'Angleterre, puis, du reste du continent.

En 1720 éclata l'épidémie de Provence dite, aussi, de Marseille. Elle était venue de Syrie avec quelque navire et, c'est au cours de celle-ci que l'évêque de BELZUNCE et le chevalier de ROZE se rendirent célèbres. Le premier parce qu'il se prodiga parmi la population affolée pour lui rendre

courage et, le second, parce qu'il avait la redoutable tâche de faire inhumer les morts.

Le XIXème siècle débuta alors que deux épidémies importantes étaient en cours. Celle de Turquie et celle d'Egypte. Au cours du siècle, les épidémies furent si nombreuses et tant de points furent touchés au mêmes dates, qu'il nous paraît souhaitable de pratiquer en deux temps : 1° donner une liste chronologique sans détail et, 2° reprendre par pays ou région concernée avec quelques détails.

1° - Liste Chronologique : (non-exhaustive)

1796-1803 : Constantinople
1763-1844 : Egypte
1802 : Perse - Bagdad
1803 : Salonique
1805 : Arménie - Caucase
1806-1807 : Astrakan - Versant nord du Caucase
1810 : Balkans - Iles de l'Archipel
1812-1813 : Constantinople, Alexandrie, Malte, Bucarest, Transylvanie, Epire, Thessalie
1812-1815 : Egypte - le Caire
1814-1866 : Côtes Adriatiques orientales (Noja)
1814 : Tiflis, Smyrne - Turquie d'europe et d'asie - Belgrade
1815 : Indes - le Caire - Bosnie - Dalmatie - Fiume - Istrie - Ile Trimiti - Rasca - Arabie - Jambo - Djeddah et la Mecque
1816 : Crète, Chypre, Alexandrie - Salonique - Raguse - Corfou - Cephalonie - Albanie - Morée
1817 : Maroc - Erzeroum
1817-1819 : Alger - Bône - Oran
1818 : Constantine - Tunis - Cyrénaïque - Sahara
1819 : Constantinople - Sousse (tunisie)
1819-1820 : Majorque - San Salvador - Manacor - San Severa - Palma.
1821 : Erzeroum
1823 : Kélioub - le Caire - Giseh - Boulaq
1824 : Arménie - Gumuschkané
1824-1825 : Bessarabie
1826 : Constantinople
1826-1828 : Mossoul - Diarbekir - Ourfa
1827 : Morée - Navarin - Erzeroum
1827-1829 : Tripoli de Syrie - Damas - Bequâ - Déïr
1828 : Grèce - Provinces Danubiennes (Valachie)
1829-1830:Andrinople - Achial - Aïdos
1830-1831 : Chypre - Beyrouth - Smyrne - Bagdad - Trébizonde - Perse - Taviris
1832 : Jambo - Djeddah - La Mecque - Bayazid - Bouchir - Bassorah - Arbèle - Choi - Kerinft
1833-1834 : Smyrne - Alexandrie - Jérusalem
1834 : Pera (San Dimitri) - Constantinople - Alexandrie - le Caire - Saccara - Kéneh - Suez.

1836 : Turquie - Constantinople - Pali (Indes)
1836-1837 : Algérie
1837 : Triooli d'Afrique - Adana - Smyrne - Roumélie - Bulgarie - Kasanlik - Routschouk - Missiori - Umur-Faki
1838 : [illegible]
1838-1841 : Syrie - Damas
1839 : Varna - Silivri
1840-1841 : Arménie (Erzeroum) - Bayazid
1841 : Syrie - Liban - Mazzra - Alexandrette - Jaffa - Jérusalem - Damiette - Le Caire - Le Delta - Nabaro-Néguillé
1842 : Egypte - Damiette
1844-1845 : Quelques localités d'Egypte
1846-1847 : Kumaon (sources des Rangounga)(Indes)
1847-1853 : Rohilcund (Indes)
1850 : Début de l'épidémie du Yun-nan
1852 : Jassafzaï (Peschawar)
1853-1854 : Plateau d'Assyr
1856-1857 : Bengazi - Ile de Chio - Cyrénaïque
1858 : Bengazi
1858-1859 : Merdje - Derna (Lybie) - Moursouk (Fezzan)
1859-1860 : Gurwal et Kumaon (Indes)
1860 : Bagdad
1862 : Assyr, chez les Béni-Cheirs
1863 : Perse
1864 : Bagdad - extension jusqu'à la frontière Perse
1865 : Hanéguine
1866 : Hindoustan
1867 : Hindiéh (Bas Euphrate)
1868 : Assyr (Namasse)
1870 : Kurdistan
1873 : Bengazi
1873-1874 : Plateau d'Assyr
1874 : El Maoûta - El Saadi - Chamran
1874-1875 : Irak-Arabi (Bagdad - Mésopotamie)
1876 : Khouzistan (Perse)
1876-1877 : Azizié (Irak-Arabi)
1876-1878 : Gurwal et Kumaon (Indes)
1877-1878 : Bagdad
1877-1878-1879 : Astrakan (1878-1879 - Vetlianka)
1878 : Frontière Russe (limite du Caucase)
1879 : Plateau d'Assyr
1879-1884 : Perse : Louristan - Bedra - Mendeli - Tribus Kurdes des Chaham
1880-1881 : Irak-Arabi : District de Chamieh
1881 : Kurdistan - Khorassan (Perse)
1884 : Irak-Arabi
1893 : Extension de l'épidémie du Yun-nan
1894 : Canton - Hong-Kong
1896 : Bombay
1897 : Djeddah
1899 : Madagascar - La Réunion - Suez - Alexandrie
1900 : Australie - Nouvelle Calédonie-Ports de l'Afrique Orientale - le Cap.

2° - Les épidémies par Pays (Classement Alphabétique)

[illegible]

L'Arabie, proche de foyers endémo-épidémiques, la Syrie et l'Egypte et, lieu de passage vers la Mecque pour les pélerins venant de l'Inde a connu plusieurs attaques de la Peste. En particulier à Djeddah et à la Mecque où, en 1815 et en 1832 éclatèrent des épidémies très violentes. Les deux fois, il est probable que la maladie fut apportée par des pélerins egyptiens. Les deux épidémies débutèrent en effet à Djeddah, le port de la Mecque. La Peste ravagea la région située sur la côte est de la Mer Rouge, entre le Hedjaz et le Yémen, entre le 20° et le 28° de latitude nord.

Selon les Cheiks, la peste aurait frappé l'Assyr, pour la première fois, en 1844. Elle éclata dans la tribu des Béni-Chiers. De retour en 1853 et 1854, la maladie tue le tiers des habitants. Elle réapparaît à nouveau en 1862 puis, en 1868, à Namasse, le chef-lieu des Béni-Chiers, puis encore en 1871. Une nouvelle épidémie, débutant en Octobre 1873, au village d'El Maoûta gagna le campement d'El-Saadi à six heures de Namasse. En 1874, la maladie se propage aux districts de Chamrân, de Ghamid et de Zâhrân où la peste s'arrêta à cinq jours de marche de la Mecque et du Taïf. La maladie sévit alors sur tout le plateau d'Assyr (situé à 1500 mètres d'altitude). Elle s'éteindra en Octobre 1874 après avoir fait de très nombreuses victimes surtout parmi les esclaves noirs employés dans la région.

On ne connaît pas exactement s'il y a eut une interruption totale de la maladie entre 1874 et 1879, date d'une nouvelle épidémie. Plus courte, mais plus foudroyante que celle de 1873, elle débuta dans le premier trimestre 1879. Les premiers cas signalés le furent dans la même tribu des Béni-Chiers mais, cette fois, dans le district de Halébé. De là, la maladie s'étendit aux districts de Namasse et de Quinana. Encore une fois, le plus grand nombre de victimes se trouva parmi les noirs esclaves importés du centre de l'Afrique.

La mortalité fut signalée comme très forte. L'épidémie prit fin en Juin 1879 sans s'être étendue à d'autres région.

En 1897, la maladie importée du Yun-nan frappe Djeddah. Ce sera la dernière épidémie du siècle.

[illegible]

D'après THOLOZAN, la peste aurait existé à peu près en permanence dans la règion du Caucase entre 1798 et 1818. Ce, principalement, dans les districts du Sud, en Géorgie, en Iméritie, et dans les régions voisines de l'Arménie.

En 1804, en 1806, en 1807 et en 1811, la peste franchit les monts pour se porter, au nord, vers l'Astrakan, à moitié chemin entre Astrakan et Tzaritzin, à Stavropol et jusqu'à Saratov. En 1805, elle s'était portée à Bayazid, en Arménie.

C'est du Caucase que la peste aurait gagné Trébizonde, puis les rivages de la Mer Noire, Odessa, la Crimée et l'Ukraine, ainsi que Constantinople, l'Archipel, Malte, Tanger, les Baléares, et l'Italie à Noja (1815). D'un autre coté, la maladie gagnait le sud, traversant l'Arménie le long des deux fleuves mésopotamiens et frappait Bagdad, Hillah et Bassorah.

La deuxième irruption de la peste du Caucase se fit à l'occasion de la guerre Russo-Turque, en Arménie, dans la Transcaucasie et de la Mer Noire à la Mer Caspienne.

La troisième épidémie dite "du Caucase" frappait Erzeroum en 1839. La peste fut amenée dans un village situé à 18 heures de Samsoun, sur la Mer Noire. Au mois d'Août 1840, cinq villages situés de six à dix heures d'Erzeroum, sur la rive gauche de l'Euphrate, étaient atteints par l'épidémie. Celle-ci s'étendit comme un vaste incendie dans toute la province, tout autour de la capitale et du coté de la Perse jusqu'à Bayazid. La ville d'Erzeroum fut plus que décimée. En six mois, la maladie avait enlevé plus de 36.000 habitants.

En 1840-1841, la maladie est en Géorgie. L'épidémie reste très limitée et, depuis cette époque, on a pu dire que cette règion du Caucase avait été indemne de la Peste.

En 1877-1878-1879, la ville d'Astrakan et les localités voisines : Vorport, Kasatchi, Kilintschi; Kamesak, Ouvare,

Tischow, Karabat, etc... sont atteintes. En deux ans il y eut 150 cas recensés. La nature de l'épidémie était inconnue des médecins mais le diagnostic de peste fut établi par une commission médicale à Saint-Pétersbourg. (diagnostic non-accepté à la majorité.)

A la même époque, d'Octobre 1878 à Janvier 1879, à Vetlianka, dans la province d'Astrakan également, la peste fit son apparition parmi une population de 11 à 12.000 habitants répartis entre différents villages : Prischil, Staritza, Selitrennoe, Oudatsch, Michaïlawska, etc...

LA CHINE

La date exacte de l'apparition de la peste en Chine n'est pas connue. Selon les sources, il semble qu'en 1850, déjà, la maladie pestilentielle était présente dans la province du Yun-nan, dans la province de Koneï-chou au nord-ouest du Yun-nan et dans la province du Kouang-Si. Elle existait aussi à Pokhoï, au nord du Golfe du Tonkin, et à Lien-Chu. On note également la date de 1878, sans autre précision.

L'épidémie importante, celle qui prit le nom de la province où elle éclata, le Yun-nan, débuta en 1893. Après un développement local rapide, la peste gagna Canton en Mars 1894, puis Hong-Kong au début d'Avril. Elle s'étendit ensuite plus lentement en empruntant la voie de mer. Elle arriva à Bombay en 1896. De là, elle atteignit l'Ile Maurice, Madagascar, l'Australie, la Nouvelle Calédonie, puis tous les principaux ports européens : Londres, Hambourg, Marseille, Rotterdam, Porto. Enfin, on la retrouva en Amérique du Sud et à San-Francisco en 1900. L'épidémie avait mis sept ans pour faire le tour du monde.

C'est à l'occasion de cette épidémie que YERSIN découvrit le cocco-bacille pesteux, en 1894.

La CYRENAIQUE

En 1818, la Cyrénaïque est touchée au passage par l'épidémie qui, née en Egypte, s'étendit sur toute la "Barbarie"

jusqu'à Tanger; frappant au passage également, Tunis et sa région, Constantine et le Tell et s'étendant jusqu'à Belad-el-djerid, Gurara et dans le Sahara.

En 1837, la maladie éclate dans la ville de Tripoli. Heureusement, l'épidémie se localise et s'éteint. Il faut attendre Mars 1856 pour que la maladie réapparaisse à Bengazi et dans ses environs. L'épidémie dura jusqu'en 1857. Entre temps, en Juillet 1856, un navire envoyé en quarantaine à l'île de Chio, transmet la maladie à la population de l'île. En Mars 1858, la maladie apparait dans un campement de nomades situé près de Bengazi. En Juillet 1859, quand l'épidémie s'éteindra, elle aura atteint les districts de la Meroje, de Derna et les environs mais sans atteindre le centre d'Oudjila situé entre Bengazi et le Fezzan.

La même année, d'Avril à Décembre, ce fut le chef-lieu du Fezzan, Moursouk, qui connut à son tour la maladie. Le district voisin, celui de Vadi-Scharghi fut également touché.

Après une période sans alerte, à la fin de 1873, la maladie est signalée dans la tribu des Orphas, près de la ville de Merdje. De là, elle s'étendra à des tribus bédouines où elle subsistera encore en Avril 1874. A cette occasion, on signala des récidives sur des bédouins touchés en 1858.

L'EGYPTE

La peste fut un des fléaux de l'Egypte. C'était toujours vrai au début du XIXème siècle. En 1801, l'Egypte connut une épidémie qui parcourut le pays et remonta jusqu'à la Nubie. En 1804, nouvelle attaque moins grave. En 1810, la maladie s'étendit de Burlos à Seyne et d'Alexandrie à Suez. Elle réapparait entre 1812 et 1813 à Alexandrie et entre 1812 et 1815 au Caire, avec des cas sporadiques et de brusques explosions dans un quartier ou dans un autre. En 1816, Alexandrie est encore atteinte, puis, en 1823, le Caire, Giseh, Boulak et Kélioub.

Jusqu'en 1832, ici et là, la maladie se réveille et frappe. En 1832, une épidémie importante et forte touche

Alexandrie, le Caire, et s'étend jusqu'à Saccar, Kéneh, Su[illegible] et peut-être Siout. Le nombre des victimes est important mais leur nombre n'est pas connu. L'épidémie dura jusqu'en 1834.

La maladie fit encore des apparitions en 1837, en 1841, en 1842 et en 1844-1845 dans quelques localités. On considère généralement qu'après ces dates la peste avait disparu d'Egypte. Elle y revint en 1899 à Suez et à Alexandrie (Yun-nan).

[illegible]

La peste a fait beaucoup de mal en Indes. La densité de la population dans les villes, les pratiques religieuses, et la pauvreté prédisposaient l'Inde aux épidémies.

En Mai 1815, la Peste est à l'île de Katch, dans la province de Wagur, à Guzerate, à Marvi, à Radanpur, dans le Shind et à Haidérabad sur l'Indus. En 1817, elle atteint Dolléra (Gazerate). En 1819, elle est à Bouriad. En 1820, elle est revenue à Dolléra d'où elle gagne Ahmedabad en 1821. D'où provenaient ces pestes qui frappaient l'Hindoustan ? Deux hypothèses : elles peuvent avoir été importées par des pélerins venant du Hedjaz et se dirigeant vers l'ouest de l'Inde; elles peuvent avoir pour origine des relations commerciales avec la Perse.

En 1823 une épidémie éclate dans le Gurwal, sur le versant sud de l'Himalaya, près des sources du Gange. Elle s'étend assez rapidement de 1823 à 1834, continue plus lentement en 1835 et 1836, puis, brusquement s'insinue le long du Pindar en 1837. Nouvel éclatement de l'épidémie en 1846-1847. Elle atteint les sources du Rangounga, à 3400 mètres d'altitude et, de là, gagne le Kumaon. De 1847 à 1853, l'épidémie gagne le sud, le Rohilcund.

En 1828 la maladie est signalée à Adjimir, à Hansi, et au nord-ouest et à proximité de Delhi. Elle est aussi, en 1835, dans le Rohilcund où elle prend le nom de peste de Pali, du nom de la ville où elle éclatera en Juillet 1836. De là, la peste atteindra Djodpour, la capitale du Marvar, puis, passant les monts Aravalli, elle sévira à Deoghours en 1837.

Elle sévira aussi à Bilvarah et à Houmerghour. Trente-deux villes du Marvar sont livrées à l'épidémie. Un campement anglais de la région, isolé, car situé à Nassirabad, échappe à l'épidémie.

En 1852, c'est le tour du Peschawar, dans un district montagneux, le Jassafzaï. Puis, en 1859-1860, la malacie attaque à nouveau le Gurwal et Kumaon. Elle revient en 1870-1871 et encore en 1876-1878. Dans cette région, on lui donne le nom de "Mahamurree".

Toutes ces épidémies semblent avoir une propagation plus lente que les épidémies d'autres régions, conséquence sans doute, des conditions de transport particulières au pays. Elles font l'objet d'une mortalité très considérable et, selon PLANK, qui a étudié l'épidémie de 1877-1878, il existe une forme à mort rapide.

Combien plus importante fut l'épidémie qui débuta à Bombay en 1896. Elle dura 16 ans, s'étendit à toute l'Inde et fit, dit-on, 8.000.000 de victimes. Elle avait pour origine l'épidémie du Yun-nan de 1893.

L'IRAK

Cette région a été touchée en 1802, à Bagdad, lors de l'épidémie qui frappait la Perse. Elle fut atteinte à Mossoul, en 1826-1828 et surtout en 1831, lors de la grande peste qui ravagea la ville de Bagdad. La maladie venait du Caucase, elle avait traversé l'Arménie le long des deux fleuves, le Tigre et l'Euphrate. Elle fit 60.000 victimes et la mortalité, très importante fut évaluée à 50 %.

De 1856 à 1876, il n'y a pas d'année où, dans quelque lieu du pays, la peste n'ait pas fait son apparition. Les villes ayant une forte densité de population et de nombreux contacts commerciaux sont les plus touchées. Le docteur DUTHIEUL signale, en Août 1856, des fièvres graves à Bagdad et dans ses environs; en Février, Mars et Mai 1857, à Bagdad et à Mossoul. Dans cette dernière ville, on compta entre 1200 et 1500 décès. En 1858, la maladie est en Août à Bagdad, en

Novembre à Kerkuk. Des cas à Bagdad encore, en Février et en Octobre 1859, puis en 1860, 1861, 1862 et 1863. Une grave épidémie en 1864. Pendant toute l'année, dans Bagdad et ses environs, dans la province, jusqu'à la frontière de la Perse, apparurent des cas très graves, très nombreux, avec une mortalité supérieure à celle des précédentes épidémies. L'année suivante, Hanéguine et Bassorah sont touchées. Le Docteur DUTHEIL note que depuis sept ans, il y a, chaque année, une augmentation de l'intensité de la maladie. Il rappelle qu'il a adressé à Constantinople, à l'Intendance Sanitaire, plusieurs rapports sans succés. Les Turcs, maîtres de cette région à cette époque, feignent de ne pas comprendre la portée de ses rapports.

En 1865 et 1866 la peste sévit toujours. Vers la fin de l'année, la situation s'aggrave à Bagdad et surtout dans le district de Hindiéh où vivent les tribus de Hadjioff, des Karatchi, des Hadji-Nasser, pour citer les plus imoortantes. Tout le Bas-Euphrate est concerné dans l'hiver et le printemps 1867. On signale des cas à Divanieh et sur plusieurs points de l'Irak-Arabi mais le district de Hindiéh est le plus touché. la peste y est "violente avec des cas de mort foudroyante".

De 1868 à 1873, la maladie fait quelques apparitions dans des points déjà touchés auparavant : La province de Bagdad, l'Irak-Arabi, Divanieh et Chénafieh, Souk-el-Shouck parmi les tribus arabes. Elle touche aussi une garnison turque de 600 hommes qui campent entre Divanieh et Chénafieh. On notera par la suite une succesion de cas à l'hopital militaire de Hilléh. En automne 1874, après quelques cas sporadiques, l'épidémie démarre : l'Irak-Arabi, la rive gauche du Bas-Euphrate: Dagarrah, Affich, Divanieh, Djerboïe, Sultan-Mansour, Midaïdhiéh, Houm-el-Bahoum, Nedjeff, Hindiéh, Kerbella, etc... A son sujet, PADUAN-CASTALDI écrivent : "...semblable aux pestes des temps passés pour la gravité et la soudaineté."

En 1874-1875, c'est le réveil de l'épidémie précédente sur une étendue plus grande encore : les districts de Dagarrah et d'Affich d'abord, puis celui de Favar, Divanièh, Chénafiéh,

Nasriéh, Souk-el-Shouck, Chatra sur le Chat-el-Haï, Kut-el-Amara, Samawa, etc... Si cette reprise d'épidémie fut un peu moins meurtrière que son origine, relativement, elle le fut plus au total car elle fut bien plus étendue. L'année 1876, fut celle d'une très importante épidémie qui débuta en Novembre 1875 pour se terminer en Juin-Juillet 1876. Elle fut la plus étendue des épidémies qui avaient jusqu'alors frappé la région. On retrouve parmi les points touchés l'Irak-Arabi, Bagdad et une partie de sa province : Azizié, Amara, Chat-el-Haï, Hilléh, Kéfil, Hindiéh, Nedjeff, Mohavil, Divanièh, Samawa, les Montéfiks, Iman-Mansour, Kerbellah (32 kilomètres de Bagdad) et même Anah (350 kilomètres au nord-est de Hilléh). Les pertes humaines furent très élevées : 22.000 morts sur une population de 173.000 habitants.

Deux épidémies dans l'Irak-Arabi, en 1880-1881 et en 1884, cloturèrent le siècle. Celle de 1880 débuta vers Septembre dans le district de Chamiéh, sur la rive droite du Bas-Euphrate, parmi les tribus El-Zayad et s'étendit vers Chénifiéh, Djaara, Kouléh, Nedjeff, Dessim, Lehiedad, Djamabad, El-Zékra, Chafiéh et Chamiéh. La maladie était froudroyante et les médecins la comparérent à la peste noire du XIVème siècle. La mortalité fut comprise entre 1/4 et 1/3 de la population. Alors que l'épidémie se terminait vers la fin de Juillet 1881, une épidémie aussi violente se préparait sur une autre partie de l'Irak. Elle prit naissance, en Février 1884, dans l'Irak-Arabi déjà touché précédemment. Elle se dirigea vers le district de Bedra, celui de Zorbatia, celui de Djesan et de Mendéli, à l'est de Bagdad, entre la rive gauche du Tigre et la frontière de la Perse. L'épidémie fut incomplètement observée.

Les nombreuses relations commerciales de ce pays avec la Syrie, où la maladie régnait, peut expliquer les premières épidémies. Il semble que, par la suite, la maladie trouvait ses sources dans la région elle-même. De toutes façons, cette population musulmane, pratiquant les pélerinages à la Mecque, était très menacée du fait de la contagion des pélerins indiens et égyptiens.

LA PERSE

Le gouvernement persan avait pour principe de ne faire aucune recherche lorsque la peste lui était signalée. Il niait simplement les faits. Aucune mesure de prophylaxie n'était prise et la maladie régna à l'état endémique pendant une très longue période. STIEPOVICH, en mission à Djouvano en 1885-1886, disait que le pays, qui s'étend sous forme d'une longue bande montagneuse, depuis Salmas, au nord, jusqu'à Kermanshah, au sud, n'avait guère été indemne d'épidémie de peste depuis 25 à 30 ans.

La peste fut signalée en Perse en 1802; en même temps qu'à Bagdad. Elle réapparut en 1830-1831 alors qu'une épidémie venue du Caucase par Trébizonde ravageait toute la frontière Turco-Persane. La partie touchée se situait dans l'ouest du pays et il y eut peu d'informations sur cette épidémie. On peu seulement supposer qu'elle fut grave, équivalente, sans doute, à celle qui atteignit Bagdad et y fit 60.000 victimes.

On ne signala pas d'épidémie jusqu'en 1863. Epoque à laquelle, la peste apparut chez les Kurdes pasteurs qui, descendant des montagnes en automne, la communiquèrent aux sédentaires du district de Makiou. L'épidémie s'étendit du Kourdistan Persan à la province d'Aderbeïdjan. Allant vers le nord-ouest, près de la frontière Turque, sur la route de Tauris à Bayazid, elle arriva jusqu'aux villages de Danali et d'Akdagan.

Débutant en fin d'année 1870, une nouvelle épidémie frappa à nouveau le Kourdistan et l'Aderbeïdjan. Elle frappa également les districts de Saoudj-Boulaq, de Sakkis, de Banah, les villages de Miandaoub, de Gaumichan, d'Arbanouz. Elle atteignit sur sa course : Sandjak, Geol-Tépé, Chéraub, Rahimkhan, Ak-Djevan, Natchit, Turkmenkendi, Arméni-Boulaghi, Boukan, Bibikent, Yémé-Hembé et les districts de Kaninias et de Karava. Des médecins européens et parmi eux CASTALDI, étudièrent cette épidémie.

En 1876-1877, Recht, une ville persane de 20.000 habitants, située à 6 kilomètres de la Mer Caspienne, fut sans doute l'objet d'une épidémie de peste. L'épidémie se serait

étendue vers le nord-ouest du district, allant même, dit-on, vers Bakou. Ce sont des médecins persans qui relatèrent cette épidémie.

En 1876 également, le Khouzistan (sud-ouest de la Perse) fut le lieu d'une épidémie de peste. Elle eut pour origine le village de Zellikan où des pélerins persans, venant de l'Irak-Arabi l'avait introduite. Elle s'étendit de Mars à Juillet sur Chuster et sa région, Chahvéli et Disful. La mortalité atteignit le quart de la population.

La peste était encore présente en 1881-1882 et 1883 mais sur des points très limités. Néanmoins, en 1885, une épidémie enleva en un mois et demi 127 habitants (soit le quart de la population) du village de Hay, dans le district de Serd-Roud.

Enfin, dernière épidémie qui puisse être rattachée au XIXème siècle, celle qui, venue de l'Inde au travers du col de Khyber par la voie des caravanes, avait son origine dans le Yun-nan (1893). Elle sévit en Perse et s'étendit dans trois directions : Vers les côtes de la Mer Caspienne, d'où elle atteindra la Russie; vers la Mésopotamie, d'où elle frappera la Turquie et vers le désert au travers duquel elle se rendra en Arabie.

SYRIE - LIBAN - PALESTINE

La Peste a sans doute régné dans ces pays de manière continue depuis le VIème siècle jusqu'à la fin du XIXème siècle. La peste régnait à l'état endémique en 1799 lorsque l'armée française mit le siège devant Saint-Jean d'Acre. Les troupes de Bonaparte avaient connu quelques cas de peste en 1798, à Damiette et à Alexandrie (Egypte). La maladie les suivit lorsqu'elles partirent à la conquête de la Syrie. L'épidémie se déclare parmi les hommes fatigués et affaiblis par les marches forcées sous un climat exceptionnel pour eux. Elle se développe pendant le siège, frappant les assiégeants comme les assiégés. Les pertes sont importantes et s'ajoutent à une mauvaise fortune des armes. Le siège est levé le 20 Mai 1799 et c'est la retraite. Le retour est une terrible épreuve

pour les soldats français. A Jaffa, où ils se sont arrêtés quatre jours, l'épidémie redouble. Ceux qui se sont couchés ne peuvent se relever. Elle ne s'arrêtera qu'en Egypte avec du repos et une meilleure hygiène. Les pertes sont très sévères 4.000 hommes morts de la maladie pour 3.600 hommes morts au combat. Le corps expéditionnaire comptait 38.000 hommes lors de l'embarquement à Toulon en Mai 1878.

En 1827, une épidémie éclata en Syrie. La première ville touchée fut Damas. De là, la maladie s'étendit à Tripoli, Bequâ et Deïr. Elle dura jusqu'en 1829.

En 1830, le Liban fut atteint par une épidémie qui sévissait en Perse. La maladie ravagea Beyrouth où elle fit de nombreuses victimes. L'épidémie ne s'étendit guère et s'éteignit en 1831.

En 1834, une flambée de peste éclate à Jérusalem. Il est probable que la maladie fut importée d'Alexandrie où une épidémie sévissait à la même époque.(1833-1834)

En 1838, nouvelle atteinte de la peste à Damas où l'épidémie fut plus importante que celle de 1827. La maladie, qui s'étendit peu, resta virulente jusqu'en 1841.

En 1841, le peste est présente partout en Syrie, au Liban et en Palestine. Jaffa et Jérusalem sont les villes les plus touchées. L'épidémie,qui atteindra Mazzra et Alexandrette, s'éteignit la même année.

Il est à noter que les poussées violentes de peste dans ces pays sont parallèles à celles qui affectent les pays voisins : Perse, Egypte et Arabie. Il ne semble pas que la Syrie soit l'origine de certaines épidémies qui frappèrent le Moyen-Orient. On croit plutôt que la Syrie, avec ses ports, points de passage, a importé la maladie chez elle.

LA TURQUIE - GRECE - BULGARIE

Venant du Caucase, la Peste atteignit Constantinople en 1796. L'épidémie dura jusqu'en 1803. Cette même année, la maladie est à Salonique et dans ses environs. Elle a été importée de Constantinople et sera de courte durée.

En 1812-1813, une épidémie règne à nouveau à Constantinople. Elle s'éteindra en 1814 après avoir gagné Smyrne et

toute la Turquie d'Europe et d'Asie. La peste fera même son apparition à Belgrade, comme elle l'avait fait en 1812 et en 1813 à Bucarest.

En 1816, une épidémie violente éclate et se répend sur une grande étendue. De Salonique, où la maladie est apparue, l'épidémie gagne la Morée, Corfou, Cephalonie, la plus grande des îles Ioniennes, à Dubrovnik en Yougoslavie, en Crète, à Chypre et en Albanie. On fait le rapprochement entre cette épidémie et celle qui frappa Alexandrie la même année. On peut également la rapprocher de celle qui avait frappé la Yougoslavie en 1815 lorsque la Bosnie, la Dalmatie, Fiume et l'Istrie avaient été contaminées.

Constantinople est un port important. C'est un point de relâche pour les bateaux qui entrent ou sortent de la Mer Noire. C'est aussi un des points de contact entre l'Europe et l'Asie. C'est pourquoi il est très exposé à la contamination. En 1819 il est encore atteint et le sera encore en 1826, en 1834, en 1836-1837, et failli l'être en 1841.

En 1827, l'année où les flottes Anglaises, Françaises et Russes détruisirent la flotte Turque devant Navarin, une épidémie éclata dans la ville et se répandit en Morée. De là, la maladie frappe un peu partout en Grèce, en 1828. La même année la maladie règne aussi en Valachie.

En 1834, une épidémie importante éclate à Constantinople. Il semble que la maladie ait été apportée de Smyrne où elle sévissait déjà depuis l'année précédente. Pour la première fois, PERA, le quartier des européens est touché par la maladie.

La maladie reparait en 1836 à Constantinople. On la suit, d'un coté, à Smyrne et, d'un autre en Roumélie (Bulgarie) où Philippopolis, le grand centre agricole est contaminé. La maladie reste dans la région et, en 1839, une épidémie éclate à Varna, un port sur la Mer Noire.

Les médecins de l'administration sanitaire turque constatèrent la "peste bubonique" à la fin de 1838, à Silistrie, en Bulgarie. L'épidémie fit de grands ravages dans la ville et dans treize villages voisins. Elle avait été importée de Roustchouck. Elle prit fin en Février 1840 .

Sur le même rapport, on apprend que la peste avait fait quelques victimes en Mai 1840 au village de Trotrakan et que l'épidémie qui avait frappé Philippopolis était survenue à l'époque de la foire de cette ville et que la maladie s'était propagée au pied des Balkans, au village de Tchouria où elle fit 160 victimes parmi les 175 habitants. On apprend également que Varna fut atteinte en Octobre 1840 et que, bienque l'épidémie ait duré jusqu'en Janvier 1841, seules quelques personnes périrent.

Dans l'exposé historique des pestes observées en Turquie depuis la fondation des quarantaines, par PEZZONI et MARCHAND, membres du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople (1847), on note : "Dans l'été de 1841, Constantinople fut sérieusement menacé par l'importation de la peste sur un brick de commerce arrivant d'Alexandrie avec dix-huit morts durant la traversée. Après quelques cas de mort au lazaret et quelques autres au Pera, dans un couvent, la Capitale de la Turquie fut enfin libérée de la peste jusqu'à présent."

En 1840, encore un cas. On constata la peste à bord de deux "pyroscaphes" arrivés à Smyrne, venant d'Egypte et de la côte de Syrie. La même année, la peste fut signalée dans quelques villages près d'Aïdin, au sud de Smyrne, notamment à Gurli-Bey, à Enis et près de Sparta.

En Juin 1841, la peste éclata près des Dardanelles, au village de Itghelmès, à trois heures de distance et près de la côte. Elle fit quelques victimes dont les premières furent, d'après l'avis des médecins, des habitants ayant recueilli les vêtements de deux passagers morts que le capitaine d'un brick pestiféré, allant d'Alexandrie à Constantinople, avait fait jeter à la mer peu de jours auparavant. (A rapprocher du rapport de Pezzoni et Marchand cité ci-avant.)

On voit que Constantinople avait quelques raisons d'être visité par la Peste.

LE CHOLERA

L E C H O L E R A

Le Choléra est le corollaire des grandes catastrophes. Il survient lors des guerres, des famines, des grandes inondations, des séïsmes, etc... Il a été redouté au cours des siècles et il semblait, qu'il appartint à l'histoire, lorsque, ces dernières années, il fit en plusieurs points du monde, une apparition préoccupante.

Cliniquement, le Choléra, après une incubation variant de trois à sept jours, présente un début brutal. On note, en quelques heures, la survenue de selles diarrhéiques. Elles sont franchement aqueuses, incolores, classiquement riziformes. Elles sont accompagnées de vomissements incoercibles. Le tableau est celui d'une toxi-infection strictement intestinale, entrainant une véritable vidange hydrique et électrolytique provoquant une déshydratation intense. Le pouls est très rapide, la tension artérielle est effondrée, la respiration est difficile. Une hypothermie vers 36° est habituelle. Dans cette forme classique, le malade, s'il n'est pas traité, meurt en 48 à 72 heures.

Nous citerons dans les formes cliniques : le choléra "dit sec" qui peut entrainer une mort subite par collapsus avant que l'inondation intestinale n'ait eu le temps de s'extérioriser. Les formes bénignes sont fréquentes et se résument à un tableau de gastro-entérite aiguë non fébrile ou à une diarrhée banale.

Sur le plan épidémiologique, le réservoir de vibrions cholériques est l'homme qui les élimine en quantité considérable par les vomissements et les selles. Les cadavres sont très contaminants. Il existe des porteurs dits "sains" atteints de formes asymptomatiques qui sont contagieux. La transmission de la maladie se fait essentiellement par les mains souillées au contact des malades ou des cadavres. Le Choléra a été longtemps considéré comme une maladie hydrique mais les épidémies observées dans les pays secs, comme au Sahel, ont montré que l'eau n'avait pas un rôle majeur.

La prophylaxie repose sur des mesures d'hygiène individuelles et collectives: Lavage et désinfection des mains, bouclage des zones atteintes, isolement des malades et incinération des cadavres.

L'individu peut être protégé par la vaccination. Celle-ci confère une immunité de courte durée et ne paraît pas avoir d'incidence sur le portage des germes et donne une fausse sécurité sur le plan de la dissémination.

La chimio-prophylaxie est le fait de la Sulfadoxine (FANASIL) ou des tétracyclines.

C'est l'Inde qui fut de tous temps et qui est encore le foyer du Choléra. Si grandes que fussent la gravité et l'extension de cette maladie, on en avait à peu près rien su, hors de l'Inde, jusqu'en 1503. De cette époque datent les premiers récits faits par des européens à leur retour des Indes. Toute l'histoire de la colonisation en extrême-orient, soit militaire, soit commerciale est remplie de relations d'épidémies de Choléra.

On trouve mention d'une épidémie à Madras en 1756 et d'une autre à Hardwar en 1783, au cours de laquelle 20.000 personnes furent emportées en quelques jours. C'est en 1817 que le Choléra s'est répandu pour la première fois de façon massive dans tout le continent asiatique, les grandes îles et, de là, dans les autres parties du monde.

L'épidémie de 1817 partit en Juin du Haut-Gange, atteignit Jessore en Août, Calcutta en Septembre et se répandit au cours de l'automne sur le Bengale, le Sind et le plateau de Malwa. En Février 1818 Madras est touché, puis, par une sorte de périple autour du Cap Cormorin et de Ceylan, le Choléra atteint la côte du Carnatic et de Bombay, en Août. De Colombo, l'épidémie gagna la péninsule de Malacca vers la fin de l'année; Singapour, le Siam et l'Indochine en 1819. Bornéo, Canton et Shanghaï sont contaminés en 1820; les Philippines, les Célèbes, les Moluques et Pékin le sont en 1821. Dans une autre direction, l'épidémie de Calcutta a gagné l'île Maurice, apportée en Octobre 1819 par la Frégate anglaise "La Reine Topaze". L'île Bourbon est touchée en 1820. Suivant d'autre part le courant de navigation qui traverse le Golfe d'Oman, pour gagner le fond du Golfe Persique et la Mer Rouge, le Choléra envahit l'Asie Occidentale : Mascate, Bassorah, Bender-Abbas et Bagdad qui sont touchés en 1821. La Perse est menacée, mais Ispahan, qui se ferme aux caravanes, est préservée. De Mésopotamie, la maladie gagne Mossoul, Diabékir en 1822, Alep en Décembre de la même année. Damas est rejoint en 1823. Puis, par Bakou,

l'épidémie parvient à Astrakan le 22 Septembre 1823. Là, s'arrête la première irruption épidémique. Celle-ci n'avait épargné que les zones placées en dehors des courants de grande navigation comme la Polynésie ou l'Australie.

Après une pose de quatre années, l'épidémie éclate à nouveau aux Indes en 1827. Elle franchit la passe de Khyber qui est le chemin habituel des caravanes. Elle atteint Kaboul, puis Orenbourg en 1829, par la route caravanière passant au nord de la Mer d'Aral. Par ailleurs, de Mesched, l'épidémie gagne Astrakan par la côte est de la Mer Caspienne, puis la Crimée et Odessa. La ville de Minsk est atteinte en Septembre 1829. Le Choléra diffuse alors vers Grodno, Vologda et Nijni-Novgorod. En même temps, des pélerins contournant l'Arabie par la mer, l'introduisent à la Mecque en Juillet 1830. A partir de la Mer Noire, le cheminement du Choléra continue vers la Bessarabie, la Moldavie et la Bulgarie. Au mois de Février 1831, une armée Russe entrait en Pologne en trois colonnes composées de troupes arrivant en partie des provinces envahies par le Choléra. Ces troupes propagèrent la maladie dans les provinces de Volhynie, de Grodno et de Wilna. Elles furent elles-mêmes cruellement atteintes. Le Maréchal DIEBITCH succomba à Pultush le 18 Juin 1831. Le 14 Avril de la même année, l'épidémie avait éclaté à Varsovie où les Polonais avaient amené un grand nombre de prisonniers après la bataille d'Ignanie. Le Choléra gagna la Silésie, la Prusse, les ports de la Baltique, Dantzig, Stettin, puis Berlin; Hambourg est peu touché, ainsi que le sud-ouest de l'Allemagne qui reste indemne. De la Baltique, la maladie atteint la Mer du Nord. On signale sa présence à Sunderland le 14 Novembre 1831, à Edimbourg en Janvier 1832, à Londres en Février, d'où elle gagne Calais le 15 Mars 1832 et, enfin, Paris le 22 Mars.

A Paris, après avoir fait sa première victime rue Mazarine, l'épidémie toucha les quartiers les plus sales, les rues les plus déshéritées. Rapidement, l'antagonisme opposant les "nantis" aux "dépossédés" se fit jour. Les passions politiques se ravivèrent. Les rumeurs les plus invraisemblables coururent

dans la ville, dans un climat de grande terreur et dans la confusion. Le 7 Avril 1832, le journal "Le Moniteur" publie une circulaire du Préfet de Police ainsi libellée :

"Circulaire du Préfet de Police du 2 Avril 1832"

L'apparition du Choléra a fourni aux ennemis éternels de l'ordre, une nouvelle occasion de répandre parmi la population d'infâmes calomnies contre le gouvernement; ils ont osé dire, que le Choléra n'était que l'empoisonnement effectué par des agents de l'autorité, pour diminuer la population et détourner l'attention générale des questions politiques. Je suis informé que pour accréditer ces atroces suppositions, des misérables ont conçus le projet de parcourir les cabarets et les étaux de boucherie avec des fioles et des paquets de poison, soit pour en jeter dans les fontaines, dans les brocs et sur la viande, soit même simplement pour en faire le simulacre et se faire arrêter en flagrant délit par des complices, qui, après les avoir signalés comme des attachés à la police, favoriseraient leur évasion."

Ce texte montre, à l'évidence, la confusion et le trouble qui s'emparaient des esprits à ce moment là. L'épidémie fit 100.000 victimes en France dont le premier ministre Casimir Périer.

A partir de l'Angleterre, la contamination a gagné le Portugal et, des émigrés irlandais l'on introduite à Québec en Juin 1832. De cette ville, elle diffusera à travers tout les Etats-Unis : Boston, New-York, le Maryland, le Kentucky, l'Ohio et l'Illinois jusqu'au Pacifique. Le Golfe du Mexique et la Havane seront atteints en Février et Mai 1833.

Dans le même temps, l'épidémie de la Mer Noire gagnait Constantinople, Smyrne, l'Egypte, Tunis et l'Algérie. Au Portugal, l'épidémie s'était ravivée du fait de l'arrivée de recrues pour l'armée de Don Pedro, à Porto. De Vigo, l'infection envahit l'Espagne. D'Espagne, le choléra touche les côtes de la Méditerranée occidentale ainsi que Marseille, en Décembre 1834, puis Adge, Lunel, la Montagne Noire et la vallée du Rhône. De Marseille la maladie gagne l'Algérie. L'Italie

est touchée en Juillet 1835, dans la vallée du Pô, d'abord, et en Ligurie; puis, les années suivantes, en 1836 et 1837, dans les états de l'Eglise, à Naples et sur la Côte Adriatique. En Mai 1837 l'épidémie reparaît à Marseille, d'où elle provoque une reviviscence d'infection à Bône et à Constantine. D'un autre coté, une reprise d'activité de la maladie se produit en Europe orientale, s'étendant de là au Tyrol, à l'Illyrie, à la Bohème, à la Galicie et jusqu'à l'Allemagne du Sud-ouest précédemment épargnée. En 1836-1837, l'épidémie, qui avait sévi en Egypte, se déclare en Nubie et en Abyssinie. C'est la poussée ultime de cette pandémie qui a duré onze ans.

Une nouvelle vague de choléra partit de Lahore en 1841 et envahit toute l'Inde. A partir de Bombay, par la mer, elle atteint Bassorah en 1846, ensuite, la Mecque, l'Egypte, l'Afrique du Nord et le Sénégal. Par la voie terrestre la diffusion se fait en Afghanistan et en Perse. A partir de 1847, la Russie d'Europe et la Sibérie furent durement éprouvées; puis ce furent l'Allemagne du nord et de l'ouest, la Rhénanie, l'Angleterre, les Etats-Unis, la Belgique et la France. Notre pays compta 40.000 victimes. En 1851, le choléra se réveille en Silésie et s'étend vers l'est, en Russie, et vers l'ouest, touchant la France en 1854 et y tuant 143.478 personnes, ainsi que l'Angleterre, les Etats-Unis et même l'Amérique du Sud.

LAVERAN relate l'épidémie qui éclata en Crimée en 1854. "la choléra fut importé par des bâtiments chargés de troupes venant du midi de la France où il sévissait alors. Du 1er au 20 Juillet, presque tous les bâtiments servant de transports aux troupes de l'armée d'Orient ont des malades et des morts pendant la traversée" - "Dès le 5 Juillet, arrivait à Constantinople le paquebot "Alexandre", venant de Marseille et ayant des cas de choléra à bord. Ce navire avait débarqué des cholériques au Pirée et ces malades furent le point de départ d'une violente épidémie à Athènes. - De nouveaux bâtiments arrivèrent, malgré les cris d'alarme poussés par les médecins responsables, qui voulaient voir s'interrompre les communications directes entre les troupes de France et le gros de l'armée, alors concentrée à Varna. L'EGYPTUS débarqua le 10

Juillet 18 malades à Gallipoli. Le HENRY IV et l'INDUS arrivèrent dans les mêmes conditions. Le Choléra se répandit alors dans la population civile épouvantée, en même temps que quelques cas sévissaient à Constantinople. Le choléra prit bientôt une grande extension à Varna. "On cherche, écrit LAVERAN, à préserver les troupes de la première division en les envoyant dans la vallée de la Dobrutscha; mais ces troupes emportaient avec elles le germe du choléra et les fatigues de l'expédition ne firent qu'augmenter le nombre et la gravité des cas." A la suite de la bataille de l'Alma, il y eut une recrudescence de l'épidémie cholérique durant laquelle, l'armée Anglaise de Lord RAGLAN fut encore plus sévèrement atteinte que la nôtre. En Avril 1855, les forces françaises qui campaient à Maslak furent gravement éprouvées. L'épidémie n'épargna pas l'armée en Algérie. A ce sujet, LAVERAN écrit : "Au mois d'Octobre 1859, une très forte colonne expéditionnaire commandée par le Général de MARTINPREY se trouvait réunie dans la plaine de Trifah, entre le Kyss et la Malouïa, au pied des montagnes de Béni-Snassen. Le choléra éclata parmi ces troupes avec une grande violence. Du 14 au 26 Octobre, il y eut dans la 1ére Division, 340 décès à l'ambulance et 677 cholériques, évacués sur les ambulances voisines, qui succombèrent dans un bref délai. Le 27 Octobre, le corps d'armée quitta la plaine de la Trifah et s'éleva sur le plateau de Tafoughal. L'épidémie entra aussitôt en voie de décroissance et, à partir du 10 Novembre, il n'y eut plus un seul décès.

De 1861 à 1865, la guerre de Secession fait rage aux Etats-Unis et le choléra fait 120.000 victimes.

En 1865 éclate la quatrième grande épidémie du XIXème siècle. Le choléra, parti de Batavia et de Singapour atteint Djeddah en Avril, Suez en Mai et Alexandrie le 2 Juin. Il a été introduit à Djeddah par des pélerins Indiens et Javanais. On compte bientôt 200 décès par jour à la Mecque. Les pélerins Javanais, au nombre de 10.000, ont 3.000 morts. On estime que, sur 90.000 pélerins, il y eut près de 15.000 décès. Du 15 Mai au 15 Juin, dix navires ramenèrent 15.000 Egyptiens à Suez. Les Capitaines des deux premiers navires déclarent

n'avoir eu, parmi les pélerins, au cours de la traversée, que des décès par maladies ordinaires non-contagieuses. Ils obtiennent de débarquer leurs passagers en libre-pratique. On apprit par la suite, mais trop tard, qu'un des bateaux avait du jeter à la mer plus de cent cadavres. Il s'agissait du choléra. Les résultats de ces déclarations mensongères ne se firent pas attendre. Ils dépasseront tout ce que l'imagination peut concevoir. Trois jours après le débarquement, le choléra se déclare à Suez. L'épidémie s'est avancée dans trois directions extrêmes : vers l'Amérique, vers la Russie, vers la Méditerranée où elle revient à son point de départ. En Amérique, la contagion s'étend en 1866 vers Halifax et vers la Nouvelle Orléans, le Texas, la Californie, l'Amérique Centrale et du Sud où l'épidémie s'éteindra en 1869. En Russie, elle se répand sur les pays danubiens. En 1866, au cours des hostilité Austro-Prussiennes, les Prussiens eurent 4.529 hommes emportés par le choléra et les autrichiens davantage. Les opérations se déroulaient dans des régions sévèrement touchées par l'épidémie. En Bohème, 30.000 personnes succombèrent au mal; en Moravie, 50.000; en Basse-Autriche, 10.000 et en Hongrie, 30.000. L'épidémie avait fait également une grave incursion en Prusse où l'on comptait 114.683 morts. Il est certain que le choléra a exercé une influence considérable sur le cours des évènements militaires en poussant BISMARK à conclure une paix rapide, tant il savait l'importance du péril. La France, quant à elle, abandonnait 14.661 victimes à l'épidémie.

En Juillet 1883, une épidémie relativement localisée éclate en Egypte. C'est au cours de cette épidémie que fut soupçonné le rôle étiologique du vibrion de KOCH. Une commission allemande dirigée par KOCH, partit pour l'Egypte et arriva le 4 Août à Alexandrie, à l'hôpital grec. Le médecin-chef KARTULIS se montra plein de compréhension à l'égard des chercheurs. D'autre part, une commission d'études, composée de collaborateurs de PASTEUR : STRAUSS, THUILLIER, NOCARD et ROUX était arrivée en Egypte le 15 Août. Le Docteur

THUILLIER agé de 26 ans fut atteint du choléra à la fin de Septembre et succomba; il fut même la dernière victime de l'épidémie. En ce qui concerne la recherche de l'agent du choléra, le rapport de cette mission disait : "Nous avons fait 24 autopsies. Sur ce nombre de 24, il y a eut 7 hommes et 17 femmes, parmi lesquelles 5 étaient enceintes. Les sujets autopsiés étaient des italiens, des maltais et des grecs. Il n'y avait pas d'indigènes puisque leur religion s'oppose à l'ouverture des cadavres. Nous avons d'abord porté nos investigations sur l'appreil intestinal et son contenu, sur les selles riziformes et les vomissements ... Il y avait dans l'intestin une abondance et une variété extrême de microbes, a tel point, qu'il eut été chimérique de vouloir trouver dans un de ces micro-organismes la cause du choléra. Sur des coupes de l'intestin grêle conservées pendant 24 heures dans des solutions de bleu de méthylène, on reconnait aisément, dans l'épaisseur de la muqueuse, la présence de ces innomorables microbes. Ce sont des bactéries, des micrococcus. Il y a des bactéries longues, ressemblant au microbe de la tuberculose, mais plus petites. On trouve aussi le même microbe que celui de la morve. Koch pense qu'il serait l'agent du choléra. Ce fait est plus que douteux, d'abord, parce qu'on trouve ce microbe ailleurs que dans l'intestin, ensuite, parce que sa présence est loin d'être constante. On le trouve dans les cas de choléra prolongé mais, dans les cas de choléra foudroyant, amenant la mort en quelques heures, il est impossible de colorer aucun microbe..." Les études de la mission allemande, plus fructueuses, ne furent pas cependant immédiatement concluantes. KOCH, fit des observations cliniques sur 12 sujets seulement et pratiqua 10 autopsies. Il découvrit, non dans le sang qui n'en contenait pas, mais dans les déjections, des quantités considérables de microbes. "dans la lumière de l'intestin se trouvaient des micro-organismes de diverses espèces et, en particulier, dans les parois intestinales un bacille se rapprochant du bacille de la morve." Il put

l'isoler grace à sa méthode de culture en milieu solide. La constance de la présence de ce microbe dans l'intestin que KOCH avait déjà antérieurement trouvé chez deux cholériques de l'Inde, montrait ses rapports avec la maladie. La mission allemande, ne trouvant plus de cholérique en Egypte, s'embarqua pour Calcutta en Novembre où elle reprit ses travaux. C'est à son retour à Berlin que, le 26 Juillet 1884, KOCH fit sa première conférence sur le vibrion cholérique dont il avait obtenu et isolé une culture pure. Les opposants furent nombreux et, en particulier, parmi eux, Max Von PETTENKOFER, savant éminent qui prétendait que le germe ne trouvait sa virulence qu'après une longue maturation dans le sol. Il voulut démontrer que le vibrion cholérique n'était pas capable de provoquer la maladie isolément. Non sans courage, il ingéra une culture de bacille avec son élève EMMERICH. PETTENKOFER, qui avait eu le choléra en 1854, présenta une récidive de gravité moyenne, alors qu'EMMERICH faillit en mourir.

En 1884, le choléra éclate à Toulon et y cause 7.829 décès. En 1885, il réapparaît dans le midi et en Bretagne en faisant 3.306 victimes. La même année, l'Espagne connut le fléau et eut 339.000 malades dont 120.000 moururent. En 1886, le Japon perdit à son tour 109.000 personnes sur 150.000 qui avaient été atteintes.

A partir de Gênes la contagion avait gagné l'Amérique du Sud qui subit aussi de grandes pertes de vies humaines.

Les pélerinages aux villes saintes de Médine et de la Mecque restaient de redoutables foyers de contagion, d'autant que le transport des pélerins par les compagnies anglaises se faisait avec la méconnaissance de l'hygiène la plus élémentaire. Parmi 46.953 pélerins arrivés par bateau, 25.553 seulement revinrent de la Mecque. Tous les autres furent atteints. C'est ainsi que l'Inde fut contaminée et eut 750.000 morts. La Perse, contaminée elle-aussi, compta 64.000 morts. Le choléra toucha Nijni-Novgorod à l'époque de la grande foire, et Saint-Pétersbourg, où TCHAIKOVSKY

mourut du mal, qu'il devait, comme tant d'autres, aux eaux polluées de la Néva. Il y eut à cette époque 551.000 malades en Russie et parmi eux 266.200 sont morts.

La France connut en 1892 une reviviscence à partir d'un cas qui s'était déclaré à la maison départementale de Nanterre. Quelques communes du département de la Seine furent atteintes. Le mal s'arrêta à la frontière Belge. Il avait causé cependant 4.500 décès.

Le 16 Août 1893, Hambourg, dont l'eau contaminée propagea la maladie, eut 18.000 cas de choléra dont 8.200 mortels en quatre semaines et demie.

En 1895, les pélerins de la Mecque furent encore victimes du choléra et l'épidémie gagna la Russie, la Galicie, le Maroc et pénétra profondément en Asie. En 1896, elle touchait sévèrement l'Egypte.

Au début du 20ème siècle, jusqu'à la guerre de 1914, les épidémies de choléra furent sporadiques. Elles éclatérent au Moyen-Orient et surtout en Russie dans les années 1904 ,1909, 1910 et lors de la guerre des Balkans en 1913.

Le choléra au XIXème siècle n'a épargné que l'Australie, l'Islande, la Laponie, les Iles Ecossaises et les Féroë ainsi que les parties les plus septentrionales et les plus méridionales du continent américain. La découverte de Robert KOCH permit une prophylaxie efficace du choléra et, lorsque le conflit de 1914 éclata; il ne connut pas les flambées épidémiques des guerres antérieures.

LE TYPHUS

L E T Y P H U S

Le Typhus exanthématique se manifeste en général par de vastes épidémies hivernales dans les collectivités où règne la misère, la famine et le froid : période de guerre, d'exode ou camp de prisonniers. Il existe à l'état permanent, de façon endémique, en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, au Caucase, en Ukraine, en Asie Mineure et en Sibérie.

Sur le plan de la clinique, l'incubation, puis l'invasion qui lui fait suite très rapidement est caractérisée par une température élevée, des frissons ainsi que des céphalées très violentes et des vertiges. La période d'état est atteinte en 48 heures. Elle comprend un syndrome infectieux gravissime, un syndrome nerveux avec tuphos, une insomnie totale pendant 15 jours. Elle comprend aussi un syndrome éruptif au 6ème jour de la période d'état. Cet exanthème est fait de taches rosées comparables à celle de la typhoïde. Il s'y associe un purpura hémorragique qui respecte les extrémités. Vers le 15ème jour apparait la période critique où le malade s'épuise. La mort est extrêmement fréquente avec des signes de défaillance myocardique, rénaux et pulmonaires.

Les formes cliniques sont variables. Citons la forme dite "ataxo-adynamique " qui est gravissime. A l'opposé, il existe des formes bénignes à tropisme vasculaire et même des formes totalement inapparentes.

Dans les formes traitées le sommeil est un signe de bonne augure qui annonce la convalescence.

Transmission du Typhus

C'est en 1903 que Charles NICOLLE découvrit que le pou était l'agent de contagion du Typhus. Il était alors à Tunis où il dirigeait l'Institut Pasteur. Il remarqua que les malades, contagieux jusqu'à leur entrée à l'hôpital, cessaient de l'être une fois couchés dans un lit du service de médecine. Il y avait des employés des entrées et des blanchisseuses qui étaient contaminées mais, les infirmiers, les voisins de lit, les médecins paraissaient protégés par une immunité particulière. NICOLLE en conclut que l'agent de la contamination quittait les malades au moment précis de leur entrée à l'hôpital. Que se passait-il alors ? Le malade était deshabillé, il était rasé, il était lavé, on lui donnait du linge propre. L'agent de la contagion était donc sur sa peau ou dans son linge. Ce ne pouvait être qu'un parasite. Diverses observations lui permirent d'éliminer les puces et les punaises. Il restait le pou.

Cet insecte devient virulent sept jours après avoir absorbé le sang du typhique. Les rickettsies pathogènes se multiplient dans leur tube digestif et ce sont les excrétions qui, inoculées par grattage de la peau ou portées à l'oeil par un doigt souillé, produisent la contamination de l'individu sain.

La prophylaxie repose sur l'épouillage par les insecticides et sur des mesures de propreté et d'hygiène individuelle. La vaccination se fait à l'aide de germes vivants atténués, à partir de rickettsies de typhus murin qui sont moins pathogènes. On emploie également un vaccin par germes tués.

H I S T O R I Q U E

Bien que le typhus fut confondu avec la peste par les historiens de l'antiquité et du moyen-âge, il fut certainement parmi les maladies qui ont décimé les armées de la guerre de Cent Ans et d'autres après elles. Le nom de "fièvre des camps" qui fut donné au Typhus paraît largement mérité. On retrouve en effet sa trace lors de chaque guerre de quelque importance. Au siège de Grenade, en 1492, dix-sept mille hommes des troupes de Ferdinand II d'Aragon succombèrent sous ses coups. Ce sont aussi des soldats de l'armée espagnole en campagne aux Pays Bas (1572-1573) et les soldats de Maximilien II à Comorn et au siège de Raab (1594) qui meurent en grand nombre de la terrible maladie. Les maladies contagieuses accompagnèrent les armées impériales pendant la guerre de Trente Ans, comme elles accompagnèrent les armées du Roi Soleil et le Typhus au premier rang d'entr'elles. On dit aussi, qu'en 1742, dans la ville de Prague assiégée, 30.000 soldats moururent du Typhus.

Pourtant les militaires en campagne n'étaient pas les seules victimes. Il y eut la "fièvre des prisons" quand, en 1552, à Cambridge et, en 1557, à Oxford, les juges, les jurés, les huissiers et les assistants, contaminés par les criminels qu'ils jugeaient, tombèrent malades et contaminèrent à leur tour la population. Il y eut aussi le typhus "famélique" lorsqu'en 1740-1741, 80.000 irlandais périrent de la famine et du typhus.

A la fin du XVIIIème siècle, les guerres de la Révolution, connurent, elles aussi, des épidémies de typhus : en 1793, à Nantes, alors que la ville était assiégée par les Vendéens; en 1794, la maladie éclata dans les rangs de l'armée des Pyrénées. En 1797, Français et Autrichiens furent indistinctement frappés lors du siège de Mantoue. On sait, qu'à leur retour en France, les troupes importèrent la maladie à Nice, Aix, Fréjus, Marseille, Toulon et Grenoble.

Au début du XIXème siècle le Typhus existait à l'état endémique en Russie. Il existait aussi en Allemagne et dans les pays d'Europe Centrale. Les armées qui y firent campagne à cette époque en furent atteintes et parfois décimées.

A Gênes, en 1800, 14.000 hommes de l'armée d'Italie succombèrent et parmi eux, le Général CHAMPIONNET. Les malades évacués sur des hôpitaux de France importèrent la maladie à Montpellier et à Grenoble. La même année, le Typhus éclata à Wurzbourg dans les rangs de l'armée impériale et se répandit dans toute la Bavière. L'épidémie gagna le Wurtemberg sur les bords du Rhin, en 1801. Des mouvements continuels de troupes favorisant sa dissémination la maladie apparut en Lithuanie et dans l'est de la Russie.

Après Austerlitz (1805) l'épidémie frappa les blessés français et russes qui étaient soignés à Brün. De même, après Iéna (1806) le typhus apparut dans les hôpitaux installés en Pologne, en particulier, à Thorn, Bromberg et Culm. Tandis que des prisonniers Prussiens l'importent à Autun, à Semur et à Langres.

En 1808, le Typhus était présent, en Espagne, parmi les armées belligérantes. Il se répandit en France à la suite des prisonniers espagnols tandis que, de son coté, l'armée anglaise importait le Typhus à Portsmouth où il fit son apparition en Janvier 1809.

En 1812, le Typhus quittait les camps où étaient internés les prisonniers de guerre et se répandait dans les départements de l'Yonne et de la Cote-d'or : Dijon, Auxerre, Avalon, Sens et Joigny subirent la maladie.

Les pertes de la Grande Armée du fait des épidémies furent très élevées. Dès 1806, le Typhus avait fait 24.000 victimes en Bohème et, après le combat d'Ostrowa, l'armée française comptait 80.000 malades. Si beaucoup d'entr'eux étaient atteints de la dysenterie et de la fièvre typhoïde, il est probable que le typhus prédominait. Dans certaines unités, le tiers seulement des effectifs survécu.

Pour graves qu'aient été les atteintes du Typhus sur les armées et les populations jusqu'en 1812, elles n'avaient pas la morbidité de la longue suite d'épidémies, consécutives à la désastreuse retraite de Russie, qui hantèrent les routes du retour, les hôpitaux militaires et les garnisons, en France et en Allemagne, de 1812 à 1815. Eprouvés par la faim et le froid, les soldats sont des proies désignées pour le Typhus qui sévit parmi eux.

A Wilna, où son regroupés 30.000 prisonniers, on dit que, en Décembre 1812 et en Janvier 1813, 25.000 d'entr'eux périrent, tandis que la contagion gagnait la ville où 8.000 personnes succombèrent. A Orel, en Février 1813, les français entassés dans les hôpitaux de la ville et dans des annexes mouraient par milliers. Dans Dantzig, assiégée par les Russes, la maladie tua 13.000 soldats et fit 10.000 victimes parmi les habitants, soit le quart de la population.

La campagne de 1813 avait précipité à nouveau en Allemagne des masses de jeunes conscrits sur lesquels la maladie s'abattit aussitôt. A Torgau, en Septembre 1813, on compta 400 morts par jour. Sur les 26.000 hommes de la garnison, 14.000 succombèrent. A Mayence, le typhus tua 20.000 hommes et dépeupla la ville. De Torgau, de Mayence, de Dantzig, les armées transportent l'infection à Strasbourg, à Metz, à Dijon et à Paris.

A Paris, en 1814, les hôpitaux étaient tellement encombrés, que l'on fit descendre la Seine à des bateaux chargés de malades; ce qui propagea l'épidémie à Rouen. On avait agi de la même manière sur la Loire et Tours fut atteinte; 860 militaires succombèrent à l'hôpital de la ville. Dans ces deux villes le personnel hospitalier fut tout particulièrement éprouvé.

Avec la paix de 1815, le typhus disparut d'Allemagne jusqu'en 1847, année où l'épidémie ressurgit avec une mortalité très élevée en Haute-Silésie pour disparaître l'année suivante.

Si la paix avait éloigné les épidémies d'Allemagne, il n'en était pas de même partout. Dans tous les milieux ouvriers où règnait la misère : en Belgique, en Irlande, en Angleterre et en Ecosse, les épidémies se propageaient. A Liverpool on compta 10.000 morts. Alors, 75.000 irlandais décidèrent d'émigrer au Canada. Les malheureux emmenèrent la maladie avec eux. Dix mille au moins moururent dans le voyage ou peu après leur arrivée au Canada.

Pendant la guerre de Crimée, de 1854 à 1856, les Anglais, les Piémontais, les Turcs et les Français subirent les atteintes du Typhus. Les Français furent parmi les plus touchés et on leur attribue près de 10.000 morts. Ceci, tandis qu'à Constantinople on enregistrait 20.089 cas de maladie dont 2557 mortels. La part du Typhus ne fut pas connue.

Lors de la construction des premières voies ferrées en Prusse occidentale et orientale la fièvre typhoïde et le Typhus semèrent la mort parmi les ouvriers. Entre 1866 et 1867 il y eut plusieurs milliers de morts mais, là non plus, la part de responsabilité du Typhus n'est pas connue.

En 1868, l'épidémie a gagné la Finlande et elle y fait 60.000 victimes. On retrouve encore une fois l'épidémie en Haute-Silésie en 1870 et aussi à Berlin et à Prague. On note des cas en France, dans la ville de Metz assiégée. Ce sera heureusement le seul point touché.

Au cours de la guerre Russo-Turque, en 1877-1878, les troupes Russes perdent plus d'effectifs par la maladie que par le feu des Turcs.

L'année 1880 enregistre une accalmie. Les épidémies se sont éteintes et, dans les dernières années du XIXème siècle, l'Europe ne connaîtra pas de véritables épidémies. Cependant, la maladie s'est retirée dans les pays de l'est où elle demeure, prête à de nouvelles incursions.

LA GRIPPE

L A G R I P P E

La Grippe existe à l'état permanent sous forme endémique. Elle évolue par petites poussées hivernales ou par pandémies au caractère parfois meurtrier. Elle reste, dans la majorité des cas, une affection bénigne, extrêmement contagieuse et ne conférant qu'une immunité relative. La contamination se fait directement, d'homme à homme, par la voie aérienne empruntée par les gouttelettes de pflugge. Les grands mouvements de population et la promiscuité favorisent la diffusion de l'affection. La contagiosité dure de la phase d'incubation jusqu'aux huit jours qui suivent la guérison.

Quant à l'aspect clinique, l'incubation dure de deux à cinq jours, à la suite de quoi, le début est brutal, marqué par des frissons, une brusque ascension thermique, des céphalées et un encombrement des voies respiratoires supérieures. A la période d'état le contraste est saisissant entre l'intensité des signes fonctionnels et généraux et la pauvreté de l'examen physique. La température est élevée avec tachycardie; les céphalées sont intenses et accompagnées de photophobie, de courbatures et de myalgies. Il existe une toux sèche, tenace, pénible; ainsi qu'un catarrhre accompagné de corryza et d'une irritation pharingo-laryngée. Le visage est congestif avec rougeurs conjonctivales.

Le malade est très asthénique et présente un état saburral des voies digestives. L'évolution se fait, en général, vers la guérison en quelques jours. La fièvre, après défervescence, esquisse souvent une remontée dessinant le classique "V" grippal. Le malade reste longtemps asthénique.

La Grippe se complique très souvent de surinfections; ce qui lui donne un caractère péjoratif chez les vieillards et chez les sujets antérieurement fragilisés. Il existe cependant des formes malignes hypertoxiques réalisant un fait d'insuffisance respiratoire et de défaillance cardiaque qui frappe les sujets jeunes indemnes de toutes tares antérieures.

Bactériologie

Durant l'ère Pastorienne on s'attacha à trouver l'agent bactérien de la Grippe. PFEIFFER, en 1889, fit des prélèvements, des cultures sur gélose au sang et isola un bacille, l'hémophylus influenzae, qu'il considéra comme responsable. En réalité il s'agissait d'un simple saprophyte capable de compliquer un état dû au virus grippal.

La Grippe est le fait d'un myxovirus dont on connait trois types : A, B et C. Seul le virus A est responsable des pandémies. Il connait de nombreux mutants antigèniques qui rendent difficile la défense par le vaccin; où l'on doit introduire sans cesse de nouvelles souches pour le rendre vraiment efficace.

H I S T O R I Q U E

Il est difficile de dater l'arrivée de la Grippe au sein du monde occidental. Selon HIRSCH, c'est en l'année 495 qu'elle fit son apparition. Avant le XVIIème siècle, certaines affections catarrhales voisines, et mal définies à l'époque, étaient regroupées sous le nom générique de Grippe. Il doit en être probablement ainsi des épidémies décrites sous le nom de "grippe" par OZANAM dans sa chronique des Frères Mineurs en 1239 et en 1311 pour la France et en 1323 pour l'Italie.

Voici en quels termes pittoresques Etienne PASQUIER décrit les symptômes d'une épidémie qui avait éclaté en 1403 dans "Recherches sur la France - livre IV" :

"Plus de cent mille personnes, à Paris, perdirent le boire, le manger et le reposer ... On perdait tout pouvoir de son corps, n'osant toucher à soi de nulle part, ... Es-registre du Parlement, le 26ème jour d'Avril 1403, maladie de teste et de tous qui courut universellement si grande, que ce jour-là le greffier ne put rien enregistrer et fut-on contraint d'abandonner le plaidoyé..." et, à un autre endroit du livre : "Reume qui fut commun à tous par le moyen duquel le nez distilloit sans cesse comme une fontaine, avec un grand mal de teste et une fièvre qui duroit aux uns douze et aux autres quinze heures, puis, soudain, sans oeuvre de médecine, on étoit guéri..."

C'est en 1580 que l'on s'accorde à placer la première grande épidémie de grippe. L'Europe entière fut envahie et, de l'Europe, la maladie s'étendit à l'Asie et à l'Afrique.

Au XVIIème siècle, les épidémies furent nombreuses; citons, parmi les plus importantes, celles de 1658, de 1663, de 1669 et de 1675.

Au XVIIIème siècle, en 1729, la grippe parcourut toute l'Europe, depuis les confins de la Russie jusqu'à l'Espagne.

En 1732 et en 1733, ce fut une épidémie aussi générale que celle de 1580. La grippe parut d'abord, au milieu de Novembre, en Saxe et en Pologne, puis elle gagna l'Allemagne, la Suisse, la Hollande, l'Angleterre et l'Ecosse. En Janvier 1733 elle était à Paris et, en Février, en Italie et en Espagne. En Amérique, la grippe se montra d'abord dans la Nouvelle Angleterre, aux Barbades, à la Jamaïque, puis au Pérou et au Mexique. En 1737, le catarrhe épidémique est observé en Belgique, en Angleterre et en France où il reçut le nom de "Grippe". Cette épidémie fut très meurtrière sur quelques points. A Londres, il y eut jusqu'à 1.000 décès par semaine. L'épidémie de 1762 fut une des plus étendue et des plus graves. Elle commença à Vienne au mois de Mars. L'Allemagne entière, la Hongrie et l'Italie furent bientôt envahies. L'épidémie de 1775 se propagea dans toute l'Europe à la fin du printemps et coïncida avec des variations brusques de température. Les animaux domestiques eux-mêmes semblèrent subir l'influence épidémique. En 1782, la grippe donna lieu à quelques épidémies partielles.

La première épidémie du XIXème siècle fut observée en Janvier 1802, en Italie, notamment à Padoue, et, en France, à Paris. Dans cette dernière ville, la grippe sévit surtout chez les ouvriers et chez les malheureux des quartiers insalubres.

A la suite de variations brusques de la température, une épidémie éclata en Russie en 1803. Elle se propagea rapidement de l'est à l'ouest. Elle toucha la France et l'Italie, attaquant plus particulièrement les classes pauvres. La maladie fut décrite comme accompagnée de troubles cérébraux, d'angines, d'ophtalmies, d'otites et de parotidites. La mortalité fut élevée à Paris, Niort et Beaucaire. A son sujet, FUSTER rapporte : "Son irruption soudaine se fit en quelques jours sur la presque totalité des populations."

En 1805 et en 1806, l'affection se fit sentir à Marseille, Montpellier, Narbonne et Toulon.

En 1820, 1822 et 1823, on signala des épidémies de Grippe à Genève et à Dublin.

En 1830, la grippe fit le tour du monde, précédant presque partout le choléra.

En 1833, la grippe revint en France et envahit les localités que le choléra venait de quitter. A Paris, quatre habitants sur cinq furent atteints.

En 1837, durant le mois de Janvier, la grippe règna à Paris où elle fut étudiée par BOUILLAUD, RECAMIER, PIORRY, NONAT et GRISOLLE. Cette épidémie avait débuté à Londres où elle frappa presque toute la population qui connut une mortalité considérable due, dans la plupart des cas, à une forme suffocante. Le TIMES assurait, dans son numéro du 24 Février : "qu'il était mort, à Londres, depuis l'explosion de la grippe, jusqu'à mille personnes par jour." La grippe aurait sévi au milieu de variations de température importantes, avec prédominance du froid humide. La maladie atteignit brusquement nombre de personnes qui avaient pris des précautions infinies pour y échapper, notamment à Montpellier et à Toulouse. C'est au coin du feu, c'est dans leur lit que beaucoup d'individus furent surpris. On lui attribua, à juste titre, l'excédent de mortalité qui se produisit, pendant son règne, à Londres, à Hambourg, à Paris , à Genève, à Dublin, à Limoges, à Toulouse et à Montpellier. L'épidémie de Dublin fut décrite par GRAVES.

En 1842 et en 1843, la grippe envahit brutalement les états de la Nouvelle-Angleterre. Il s'agissait d'une forme gastrique que les médecins traitaient, selon eux, efficacement, avec l'ipéca, le calomel et les purgatifs salins.

Dans les premiers jours de Décembre 1846, on signala presque simultanément, à Paris, Nancy et Genève, de nombreux cas. L'épidémie envahit surtout les régions occidentales et méridionales de l'Europe. Elle n'offrit, en général, aucune gravité à Paris et en France. Elle fut, au contraire, très grave à Londres et à Genève. Marc d'ESPINE, la place parmi les plus fortes épidémies de ces pays, à coté de celle de 1837. GRAVES va jusqu'à dire qu'en Angleterre, la grippe fit plus de victimes que le choléra. Elle y présenta une forme sévère essentiellement respiratoire.

En 1858, la grippe régna dans toute la France. Elle fut décrite par FORGET.

En 1889, on espérait que la grippe, qui n'avait pas régné depuis trente ans, ne donnerait plus naissance qu'à des épidémies partielles. Contrairement à cet espoir, la maladie connut une forte reviviscence en 1889 et 1890. Ce fut vraisemblablement la Russie qui en avait été le foyer d'origine. En effet, en 1888, il sévissait à Bokhara, une maladie épidémique présentant les caractères de la grippe. La maladie toucha Saint-Pétersbourg le 11 Octobre, puis Tomsk le 16 Octobre et s'étendit à toute la Sibérie. De la Russie, où elle avait atteint le tiers de la population, elle s'étendit à l'Europe Centrale, puis à l'Europe Méridionale, à l'Afrique et à l'Amérique; circulant d'est en ouest.

En France, l'épidémie signalée au mois de Novembre 1889, parmi les employés des magasins du LOUVRE, atteignit son maximum dans la première semaine de Janvier 1890. Elle alla ensuite en décroissant.

Pendant l'hiver de 1891-1892, la grippe reparut dans une partie de l'Europe, sous une forme moins caractéristique et moins sévère qu'en 1889-1890. Il en fut de même pendant l'hiver de 1894-1895.

Aucune des épidémies du XIXème siècle n'atteignit cependant l'ampleur de celle qui devait éclater en Avril 1918, s'étendre sur le monde, être la cause de 20 millions de morts et rester connue sous le nom de "grippe espagnole".

LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

LES CONVENTIONS INTERNATIONALES

Le XIXème siècle a été le siècle de la naissance des grands groupements humanitaires, la Croix Rouge par exemple. Il a été aussi celui des premières conférences internationales en vue de se mettre d'accord sur les meilleures mesures de prophylaxie à adopter à l'égard des maladies épidémiques : Choléra, Fièvre Jaune, Peste, Variole, Grippe, et de poser les bases d'un système sanitaire uniforme.

Des hygiénistes sont à la tête de cette tendance qui se heurtera aux conceptions économistes des pays dont l'activité commerciale ne pouvait qu'être gênée par des mesures de contrôle comme la quarantaine.

L'épidémie de Fièvre Jaune qui sévit à Barcelone en 1821 fut à l'origine de la première loi sanitaire moderne. Les médecins français connaissaient la gravité de cette"maladie pestilentielle": beaucoup se souvenaient de la gêne apportée aux opérations militaires dans le sud de l'Espagne par l'existence de foyers endémiques; beaucoup connaissaient aussi la part prise par la maladie dans l'échec de l'expédition de Saint-Domingue. L'épidémie de Barcelone était aussi la première à être aussi proche de la France et elle causait de graves inquiètudes au gouvernement français qui

prit de rigoureuses mesures de protection; dont celle de la fermeture complète de la frontière pyrénéenne; tâche qui fut menée à bien par l'armée.

Des médecins français : PARIZET, MAZET, qui mourra de la maladie, de BALLY, de FRANCOIS, de ROCHOUX enfin, se sont rendus à Barcelone où ils ont, soit aidé les médecins espagnols, soit étudié l'épidémie. A leur rentrée en France ils sont reçus comme des célébrités. Leurs écrits alimentent une polémique qui sensibilise l'opinion publique sur la question. Dans ces circonstances, le 3 Mars 1822, le gouvernement obtient le vote de la loi de "police sanitaire" qui permet au pouvoir exécutif de prendre par décret et d'urgence, contre les épidémies et même les menaces d'épidémies étrangères, des mesures extraordinaires exécutoires dès leur affichage. Ces mesures comprennent les quarantaines, le cordon sanitaire, la répulsion hors du territoire et la destruction des objets souillés. Elles sont sanctionnées par les peines les plus sévères d'amende , de prison, de travaux forcés et de mort. Ce texte moderne sera la base des travaux à venir sur le sujet.

La succession des épidémies de Choléra et leur passage d'un pays à l'autre très rapidement fait la démonstration de la responsabilité de la voie maritime dans la propagation de la maladie. Elle montre aussi que la prophylaxie des maladies contagieuses est une affaire internationale. Le gouvernement français considère que les mesures envisagées en France ne peuvent être vraiment efficaces que si tous les pays concernés appliquent les mêmes mesures. C'est pourquoi, en 1851, il invite à Paris, les états riverains de la Méditerrannée.

CONFERENCE DE PARIS DE 1851

Douze états voisins de la Méditerrannée ou y ayant des possessions ou des intérêts sont réunis à Paris avec le but de se mettre d'accord sur les meilleures mesures de prophylaxie à adopter à l'égard du Choléra, de la Peste et de la Fièvre Jaune. Il s'agit aussi de poser les bases d'un

système sanitaire uniforme. On retrouve là l'idée du gouvernement français. Les délibérations aboutissent à l'élaboration d'un projet de convention en 13 articles et d'un règlement général détaillé applicable aux ports de la Méditerranée et de la Mer Noire. Ce règlement était la reproduction à peu près intégrale du règlement de police sanitaire que la France appliquait à ses frontières de mer. Il semble avoir été l'obstacle à l'adoption de la convention qui ne fut ratifiée que par la France, le Portugal et la Sardaigne. Les autres puissances avaient un système administratif trop différent du nôtre pour pouvoir se plier aux exigences de ce règlement. Chaque pays participant avait envoyé à Paris un diplomate et un médecin. Les exposés des médecins montrèrent le peu de connaissances possédées sur les origines des maladies et sur le processus de leur transmission. Il faut voir, là aussi, une des causes de l'insuccés de la conférence. L'idée n'est pourtant pas abandonnée et le gouvernement français fait une autre tentative en 1859.

CONFERENCE DE PARIS DE 1859

En vue d'éviter les causes qui avaient fait échouer la conférence de 1851, les membres de la conférence sont seulement des diplomates. Ils élaborèrent un projet de convention ne comprenant que des principes généraux sans règlement annexé. L'oeuvre était insuffisante et la conférence n'eut aucune suite.

CONFERENCE DE CONSTANTINOPLE DE 1866

Motivée par la dernière épidémie de Choléra, elle se réunit, encore à l'instigation de la France, rassemblant les états européens, l'Egypte et la Perse, représentés chacun par un diplomate et un médecin. L'objet de la conférence était de rechercher les causes, les caractères, la marche et la prophylaxie du Choléra. La discussion porta sur les mesures hygiéniques les plus capables d'empêcher le développement de la maladie et sur les mesures à prendre en Orient dans les lieux d'origine du Choléra, dans l'Inde et

à la Mecque. Cette conférence, qui dura huit mois, n'aboutit à aucune convention mais elle fit admettre deux grands principes :

- des mesures sanitaires connues et exécutées convenablement sont beaucoup moins préjudiciables pour le commerce que la perturbation qui frappe les transactions commerciales à la suite d'une invasion de Choléra.
- plus les quarantaines et autres moyens sanitaires sont appliqués près le foyer originel de la maladie, plus ils sont efficaces et moins ils sont onéreux.

Résultats importants : d'une part, l'Angleterre et la Turquie, en particulier, appliquèrent une partie des voeux de la conférence dans leur législation sanitaire nationale; d'autre part, les participants avaient découvert l'utilité de la discussion en commun des problèmes individuels.

CONFERENCE DE VIENNE DE 1874

Les travaux de la Conférence de Constantinople n'avaient pas été sans susciter l'intérêt de bien des pays et les comptes-rendus avaient été étudiés avec soins. Lorsqu'en 1874 la conférence de Vienne se réunit, elle a pour objet principal de reviser l'oeuvre de la conférence de Constantinople relativement au Choléra.

On retrouve à cette conférence la division entre les états du nord de l'Europe, qui redoutent peu le Choléra et qui sont opposés, par intérêt commercial, aux quarantaines, et ceux des états du sud de l'Europe préoccupés par l'intérêt sanitaire qui demandent le maintien des quarantaines. La conférence ne put sortir de cette opposition et ne fit qu'enregistrer les pratiques usitées en Europe. Elle admit les deux systèmes :

- celui de l'inspection médicale qui n'impose aucune quarantaine aux personnes mais seulement des mesures de désinfection aux objets et aux navires,
- celui dit "des quarantaines".

Elle adopta aussi le principe d'une commission internationale permanente des épidémies. C'était la première fois que cette création était envisagée. Elle ne put, malheureusement, être réalisée.

A noter que la conférence de Vienne confirma les conclusions scientifiques de la conférence de Constantinople et que, malgré l'intérêt de ses travaux, elle n'aboutit pas à un projet de convention diplomatique.

CONFERENCE DE WASHINGTON DE 1881

Sept ans après la conférence de Vienne rien n'avait encore été fait. Ce furent les Etats-Unis qui convoquèrent les représentants des états intéressés. Vingt-trois états y furent représentés par un personnel diplomatique. La discussion devait porter sur la Fièvre Jaune et le programme prévoyait également l'institution d'un système international d'avertissement sur l'existence des maladies pestilentielles et d'un système international de "patentes de santé" donnant la véritable condition sanitaire des ports et des navires au moment de leur départ.

Le système international d'avertissement était destiné à compléter les patentes de santé et les Etats-Unis voyaient là un autre moyen d'avoir connaissance des épidémies sans avoir à attendre la présentation des patentes à l'arrivée des navires dans les ports. Les états représentés ne purent se mettre d'accord sur ce point. Restaient les patentes de santé. Elles existaient déjà depuis des temps lointains mais elles étaient rédigées de façon très variable et plus ou moins précise et utile. Cette patente était remise aux navires à leur départ du port et elle précisait éventuellement l'existence d'une maladie pestilentielle dans le port. Elle était dite "nette" lorsqu'elle ne mentionnait aucune maladie pestilentielle. Elle était dite "brute" dans le cas contraire. Là non plus les pays représentés ne purent se mettre d'accord et la discussion ne put aboutir à une prescription commune sur ce document.

Quant à la discussion sur la Fièvre Jaune, elle fut stérile parce qu'on était toujours dans l'ignorance de l'étiologie de cette maladie et, aussi, du fait de la qualité des délégués.

CONFERENCE DE ROME DE 1885

A l'invitation de l'Italie, Vingt-sept états se réunirent à Rome en 1885. Les délégations étaient composées de personnel scientifique et de personnel diplomatique. Dès la seconde séance la conférence confia à un comité technique composé de personnel scientifique la mission de préparer et de voter une série de résolutions qui seraient ensuite soumises à l'examen de la conférence plénière.

Le comité technique établit les bases d'un véritable code sanitaire international composé de prescriptions rationnelles et modérées. Il avait envisagé l'essentiel de la prophylaxie maritime et le code contenait les conditions sanitaires générales relatives aux ports et aux navires, dont les mesures d'assainissement à prévoir au port de départ, durant la traversée et à l'arrivée. Il étudiait également les conditions sanitaires spéciales à la Méditerranée, à la Mer Rouge et aux Lieux Saints musulmans ; la prophylaxie fluviale et aux frontières terrestres; enfin, les moyens de désinfection et d'information sanitaire. De façon à obtenir l'agrément des pays réticents, le vocabulaire ne comprenait plus les mots "quarantaine" et "lazaret". On prévoyait cependant un isolement égal à la durée de l'incubation du Choléra (en réalité une quarantaine) dans le cas de navires infectés ou suspects de l'être. On prévoyait, toujours dans un but d' apaisement, que les mesures restrictives pourraient être atténuées si l'assainissement était possible au port de départ et pendant la traversée, s'il y avait à bord un médecin nommé par le gouvernement et indépendant des compagnies de navigation et si le navire possédait une étuve de désinfection.

Devant les différences de vue qui s'étaient faites

jour, les délégations furent réticentes à examiner les résolutions émanant du comité technique. Les divergences étaient plus profondes entre les personnels diplomatiques qu'entre les scientifiques. La conférence décida, en conséquence, de les transmettre aux gouvernements avant de l'examiner elle-même. C'était un abandon. En effet, les délégués se séparèrent et ne se réunirent plus. Les chancelleries, une fois de plus, enfouirent les dossiers.

CONFERENCE DE VENISE DE 1892

Sept années s'écoulèrent encore avant que quatorze puissances consentent à se réunir devant un programme très modeste. Il s'agissait de délibérer sur le passage en quarantaine du canal de Suez (sans toucher terre) et sur les modifications à introduire dans la constitution du Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Egypte.

Depuis 1869, date de l'ouverture du canal de Suez, le Choléra doit, pour venir de son berceau dans les indes orientales, franchir le canal. C'est une barrière et, cette barrière franchie, les pays d'Europe sont menacés. Ils sont successivement envahis. D'où l'idée d'arrêter le Choléra à cette barrière. D'où, aussi, conflit avec les anglais. En effet, conformément à un accord conclu entre l'Angleterre et l'Autriche-Hongrie, les navires anglais à destination d'un port du Royaume-Uni, infectés ou non, sont libres de passer le canal de Suez en quarantaine, sans subir aucun arrêt. Cet avantage n'est pas du goût de tous. Est-il possible d'accepter qu'un navire d'une puissance quelconque puisse traverser le canal ayant le choléra à son bord et arriver au bout de quelques jours dans un port de la Méditerrannée ? Il faut fermer le canal de Suez à tous les navires ayant le Choléra à bord. Comme les provenances d'extrême-orient sont toujours suspectes il est indispensable d'organiser une visite sérieuse des navires à l'entrée du canal.

Sur la proposition de la France, élargissant le programme primitif, la conférence institua un système général

de protection de l'Egypte et de l'Europe contre les provenances d'Extrême-Orient, système applicable aux navires de toutes les nations. Une visite médicale était prescrite à Suez. Suivant le résultat de cette visite, les navires étaient distingués en : indemnes, suspects ou infectés.

1° - les indemnes passaient immédiatement le canal de Suez,

2° - le passage était refusé aux navires contaminés qui étaient retenus,

3° - Il était autorisé pour les navires suspects offrant des garanties déterminées : présence d'un médecin à bord et existance d'une étuve de désinfection. Les autres navires suspects devaient subir une désinfection avant de transiter.

Ces résolutions prises à Vienne en 1892 donnèrent lieu à une convention à laquelle adhérèrent toutes les puissances. C'était la première convention acceptée par l'ensemble des puissances.

CONFERENCE DE DRESDE DE 1893

Le succés appelle le succés. Dès l'année suivante une nouvelle conférence se réunit à Dresde. Ne considérant toujours que le Choléra elle organise la notification entre gouvernements des foyers cholériques. Elle rend également applicable à l'Europe les mesures fixées pour les navires suspects, infectés ou indemnes. Elle limite cependant l'application de ces mesures aux navires provenant de la "circonscription contaminée" et non du pays entier. La circonscription est ainsi définie : une partie du territoire d'un pays placée sous une autorité administrative bien déterminée ainsi, une province, un "gouvernement", un district, un département, un canton, une île, une commune, une ville, un village, un port, un polder, etc...quelles que soient l'étendue et la population de ces portions de territoire.

Elle institua la "surveillance sanitaire". Au lieu d'être observé pendant une durée variable, c'est à dire mis en quarantaine, isolé, soit à bord du navire qui l'a

amené, soit dans un lazaret, le passager est mis "en surveillance" après avoir subi la visite médicale. Il est libre. Il lui faut cependant indiquer la ville dans laquelle il se rend et où il sera soumis à une "surveillance médicale" d'une durée variable complétant les cinq jours d'incubation possible du Choléra.

Les Nations participantes se mettent d'accord sur une nouvelle convention et les délégués se quittent en pensant déjà à compléter les résultats obtenus. Dans tous les pays, les milieux politiques et scientifiques, la presse, reconnaissent l'intérêt des travaux accomplis et des accords obtenus.

CONFERENCE DE PARIS DE 1894

Le Choléra n'est pas endémique au Hedjaz, lorsqu'il y paraît, c'est qu'il a été importé. Depuis 1865, le Choléra avait sévi plusieurs fois à la Mecque. Il fallait, là aussi, édicter des règles. La conférence de Paris avait à son programme la prophylaxie du pélerinage de la Mecque et la protection du Golfe Persique.

La conférence décida :

- que le voyage par mer serait interdit aux pélerins qui ne pourraient justifier d'une somme d'argent suffisante pour le voyage et l'entretien de leur famille pendant leur absence,
- que les bateaux transporteurs devraient disposer d'un espace suffisant pour chaque pélerin,
- enfin, les pélerins venant de l'Inde devraient être examinés à Camaran avant d'aborder à Djeddah, le port de la Mecque.

Il fut également décidé d'appliquer au Golfe Persique la même surveillance sanitaire que celle qui était exercée dans la Mer Rouge, à Suez. On constitua un comité spécial composé en partie par des membres du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople (confér. 1840) et de représentants des puissances ayant adhéré aux conventions de Dresde et de Venise.

CONFERENCE DE VENISE DE 1897

Une épidémie de Peste venait de parcourir le monde entier et elle sévissait encore aux Indes anglaises. Aucune conférence n'avait jamais été réunie pour discuter de cette maladie. Sur l'initiative de l'Autriche-Hongrie, Vingt et une puissances envoient des délégués à Venise en Février 1897.

Comme à toutes les conférences précédentes on retrouva les deux tendances. Celle de l'Angleterre ennemie des entraves apportées à la navigation par les règlements sanitaires et celle des nations méditerranéennes parmi lesquelles l'Espagne, l'Italie, la Gréce et la Turquie se montrent "ultra-quarantenaires".

Plus facilement qu'il pouvait être prévu, la discussion déboucha très vite sur un accord pour tous les points étudiés : nature de la maladie, ses modes de propagation, (tels qu'on les connaissait) la durée de son incubation et les moyens à employer sur terre et sur mer pour s'en protéger. Il fut décidé que toutes les mesures édictées par les précédentes conférences contre l'invasion du Choléra devraient être appliquée à la Peste dans tous les pays en Europe et hors d'Europe. La convention de Venise fut signée le 18 Mars 1897 et dix-huit puissances sur les vingt et une qui avaient participé aux discussions y adhérèrent immédiatement.

On peut se demander pourquoi les premières conférences eurent si peu de succès et les dernières du XIXème siècle autant. C'est certainement parce que jusqu'en 1883, date de la découverte du microbe du Choléra, l'épidémiologie était "empêtrée" dans l'étape métaphysique des miasmes, des effluves et du génie épidémique. Avec des fondements aussi incertains, comment réaliser un concert de mesures internationales. Ce sont les découvertes de moyens précis de lutte contre les maladies pestilentielles qui allaient donner aux conférences successives les bases de conventions acceptables.

CONCLUSION

Le XIXème siècle a vu se créer les conditions favorables à la naissance et à l'extension de vastes pandémies.

Nous retiendrons que l'augmentation des échanges et de la vitesse des communications, par terre ou par mer, a été déterminante dans la propagation des contagions.

Sur place, la croissance rapide des populations citadines, sa concentration, ainsi que les conditions de misère faites aux travailleurs à la naissance du machinisme, favorisèrent l'éclosion de foyers épidémiques.

L'instabilité politique de ce siècle fut génératrice de grands conflits porteurs de fléaux nombreux qui donnérent un caractère plus atroce encore à la misère des peuples.

Le XIXème siècle peut, par bien des aspects, figurer la transition du passé à l'époque moderne. Mais, sur le plan médical, son impuissance à juguler les poussées épidémiques fut totale jusqu'à l'ère pastorienne, si nous faisons exception de la découverte fort importante de JENNER. Cependant la "vaccination" qui appartint toute entière au XIXème siècle connut une application parfois trop légère et trop inconstante pour être vraiment efficace. Elle a été la victime, comme le seront plus tard bien des découvertes,

de la survivance d'un empirisme médical qui refusait de s'effacer.

Les règlements internationaux régissant l'hygiène et la prophylaxie des maladies infectieuses furent élaborés lentement et dans la méconnaissance des facteurs pathologiques responsables. De plus, les textes discutés dans un climat passionnel étaient soumis aux intérêts souvent contraires des puissances mondiales, d'où des compromis qui les rendaient peu efficaces.

Le XXème siècle récolta seul les fruits des expériences douloureuses du siècle martyre qui l'avait précédé. Grâce aux découvertes qui venaient d'être faites, à la codification des mesures hygièniques et des vaccinations systématiques, l'ampleur du phénomène épidémique diminua. La guerre de 1914-1918, durant laquelle le nombre des victimes par épidémie fut très inférieur à celui des morts au combat, en est une parfaite illustration. Pareille constatation n'avait jamais été relevée dans l'histoire des conflits où, toujours, les combattants payèrent un tribu plus lourd aux contagions qu'à l'effet des armes.

La victoire sur les épidémies ne peut être ressentie comme définitive. Notre civilisation peut renouveller les erreurs passées et, sans qu'elle en prenne conscience, forger les armes qui causeront sa mort demain. Il en serait ainsi si, par pur égoïsme économique, elle laissait subsister ét s'accroître la division qui sépare les pays nantis des pays pauvres. Ces régions démunies dont la démographie est démesurément croissante ont une population dénutrie, victime potentielle face aux contagions. Or, la lutte contre les germes, qui est onéreuse et nécessite une haute technicité, nous appartient dans sa totalité. Si un conflit, né de notre propre folie brisait les rouages complexes de notre société, les atouts de la lutte bactériologique seraient perdus et le monde livré au règne dominateur et impitoyable des micro-organismes.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRE G.

La Grippe ou Influenza

Masson éd. Paris - 1908

BARIETY et COURY

Histoire de la Médecine

A. Fayard éd. Paris - 1963

BOUVET FERRAND Geneviève

L'épidémie Parisienne de Choléra en 1832

Thèse - Paris - 1954

CHABBERT Pierre

Les répercussions en France de l'épidémie de Fièvre Jaune de Barcelone en 1821.

Bulletin du Comté de Foix - Toulouse - 1961

CHEVALIER Louis

Le Choléra, première épidémie collective du XIXème siècle.

1958

CLERC

Hygiène maritime et prophylaxie internationale

Vigot éd. Paris - 1933

COLNAT Albert

Les épidémies et l'histoire

Collection Hippocrate - Le François éd. Paris - 1937

DECHAMBRE et ses collaborateurs

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales

Masson éd. Paris - 1887

DESGENETTES

Histoire médicale des Armées d'Orient

1835

DIAGRAMME

Victoire sur les microbes

DRIGALSKI et F. LOT

L'homme contre les microbes

FOISSAC D.

Les trois fléaux, le choléra épidémique, la Fièvre Jaune et la Peste.

1865

FOURNIER Léon

Le Typhus exanthématique

Le François éd. Paris - 1926

GANIERE Paul

Les pestiférés de Jaffa

Historia - Paris - 1954

GERARD A.

Bonaparte et le service de santé au cours de la campagne d'Egypte

C.H.U. Lille - 1972

GLASSCHEIB H.S.

A la recherche du grand secret

Table Ronde éd. Paris - 1961

GROSS Moses

Histoire des épidémies de variole à travers le monde

Thèse - Paris - 1948

HARAUT Hervé

Les épidémies

P.U.F. - Collection Que sais-je ? Paris - 1953

KELSCH A.

Traité des maladies épidémiques

Doin éd. Paris - 1894

LAVERAN

Maladies et épidémies des Armées

Masson éd. Paris - 1895

LAGARDE André

Les épidémies à Bordeaux au 19ème siècle

Thèse - Bordeaux - 1970

MARTIN Maurice

Pathologie exotique

Doin éd. Paris - 1965

NICOLLE Charles

Le destin des maladies infectieuses

Alcan éd. Paris - 1937

OUAZZA Max

Epidémiologie de la Fièvre Jaune

Thèse - Paris - 1948

POULET J.

Les grandes épidémies au XIXème siècle

Cycle Conférences 1974 - Sorbonne - Hautes Etudes.

PROUST A.

La défense de l'Europe contre la Peste et
la Conférence de Venise de 1897.

Masson éd. Paris - 1897

SIEGFRIED André

Itinéraires des contagions - Epidémies et Idéologies

A. Colin - Paris - 1960

STANSKI

De la contagion dans les épidémies (Choléra)

Baillière éd. Paris - 1870

WERNER G.

La Grippe

P.U.F. Collection Que sais-je ? Paris - 1962

Vu le Président de Thèse

M. le Professeur Agrégé J.Poulet

Vu le Doyen de la Faculté

M. le Professeur J.DEBRAY

Vu et permis d'imprimer,

Pour le Président de l'Université P. et M. CURIE
(PARIS VI)
et par autorisation,
Le Vice-Président

P. BERTEAUX.